aware

Magazin für Psychologie / HS13



Im Auge des Betrachters










Das aware-Kernteam
Oben von links nach rechts: Katharina Szybalski, Antonia Kreibich, Marcel Schellenberg, Fabienne Meier & Adrian Oesch
Seite von oben nach unten:
Julia Gontersweiler & Josefine Biskup

Liebe Leserin, lieber Leser…

Wir ziehen die Vorhänge zu und schalten die Lichter aus: Die 14. Ausgabe des aware Magazins «Im Auge des Betrachters» geht der gemeinsamen Geschichte von empirischer Psychologie und dem Medium Film nach. Im historischen Überblick treffen wir dabei immer wieder auf Fragen des Standpunkts und der subjektiven Sichtweise – vom ersten psychiatrischen Lehrfilm bis zu den eingekerbten Filmstereotypen des Psychologen. Wie real sind die abgebildeten Szenen, wie authentisch, wie gültig. Oder eben doch verhandelbar?

Der Blick auf die unscharfen Grenzen, die kontroversen Punkte der Psychologie, lässt sich in einigen weiteren Texten finden: Wonach streben wir eigentlich? Und wie sehr sind Forschung, Praxis und Theorie vom Zeitgeist beeinflusst? Adrian Oesch hinterfragt den Trend zu «Big Science» am Beispiel des «Human Brain Project», Ebongo Tshomba schlägt eine utopische Lösung für psychotherapeutische Versorgungsengpässe vor, in der Therapeuten gar nicht mehr so wichtig scheinen und als ewige Gratwanderung sieht Theresa Geck die DSM-Neuauflagen, die natürlich anlässlich der fünften Edition auch im aware-Team für viel Gesprächsstoff gesorgt haben.

Wie bestimmend und tiefgreifend psychologische Zuordnungen in der Praxis tatsächlich sein können, sehen wir in den Artikeln von Katharina Szybalski, Sarah Susanna Hoppler und Laura Bechtiger: Psychologen üben auf diversen Ebenen effektiv Macht aus, sei es in der forensischen Psychologie, im Rahmen einer Zwangsbehandlung oder eben einer simplen Definition, die zwischen pathologisch und unauffällig unterscheidet. Wie Formen uns die Regeln, die wir aufstellen? Kulturpessimistisch sieht Vivian Frick eine Fortschrittsgesellschaft, die im Rausch der Technik ihre eigentlichen Bedürfnisse vergisst. Manuel Merkofer diskutiert Daniel Hells interessante Reaktion auf ein zu mechanistisches Menschenbild in einem Fach, das doch immer noch das Wort «Seele» im Namen hat und schliesslich zeigt Kristin Möllering mit ihrem Artikel, dass Dichotomien aufgegeben werden müssen, um das ganze Spektrum eines Sachverhalts in seiner Schönheit zu sehen.

Neue ästhetische Reize finden sich auch auf unserer homepage: Aktuelle Artikel, die dort exklusiv veröffentlicht werden. Es lohnt sich also hin und wieder mal ein Blick in die virtuelle Realität, auch um Texte mit anderen teilen und kommentieren zu können – diskutiert mit!

Viel Spass beim Blättern oder Scrollen und Staunen wünscht euch
die Redaktion

Impressum

Herausgeber: Psychologiestudierende der Universität Zürich, Verein aware | **Chefredaktion:** Fabienne Meier (UZH), Katharina Szybalski (UZH), Josefine Biskup (UZH) | **Lektorat:** Aline Biesuz (UZH), Laura Bechtiger (UZH), Josefine Biskup (UZH), Vivian Frick (UZH), Antonia Kreibich (UZH), Maya Mathias (UZH), Fabienne Meier (UZH), Patricia Meier (UZH), Lea Mozzini (UZH), Mareike Haase, Sarah Susanna Hoppler (UZH), M. Sc. Dragica Stojković, Katharina Szybalski (UZH), Muriel Keller | **Gestaltung:** Adrian Oesch, Caty Yiying Zhao (UZH) | **Inserate und Marketing**: inserate@aware-magazin.ch, Marcel Schellenberg (UZH), Julia Gontersweiler (UZH) | **Autoren:** Joëlle Barthassat (psyCH), Laura Bechtiger (UZH), Josefine Biskup (UZH), Vivian Frick (UZH), Theresa Geck (UniFR), Sarah Susanna Hoppler (UZH), Loredana Lucatuorto (FAPS), Manuel Merkofer (UZH), Kristin Möllering (UZH), Adrian Oesch, Katharina Szybalski (UZH), Ebongo Tshomba (UniBAS) | **Illustratoren:** Laura Basso (UZH), Josefine Biskup (UZH), Ronny Peiser (ronnypeiser.de), Caty Yiying Zhao (UZH) | **Druck**: Schellenberg Druck AG | **Auflage**: 2000 Exemplare, erscheint jedes Semester | **Redaktionsadresse**: aware – Magazin für Psychologie, c/o Fachverein Psychologie, Binzmühlestr. 14/29, 8050 Zürich | www.aware-magazin.ch, info@aware-magazin.ch

Gönner



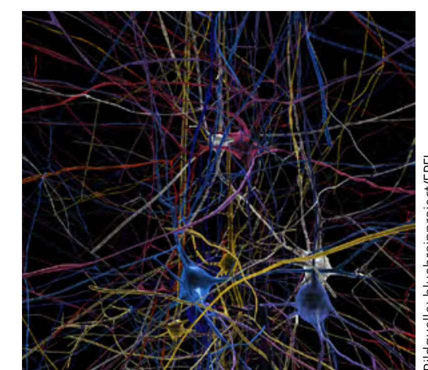




Inhalt

Trends zu Megaprojekten

Das menschliche Gehirn zu simulieren – das und nichts Geringeres ist das Ziel des «Human Brain Project». Das «Human Genome Project» diente dabei als Vorbild und der ambitionierte Entwurf überzeugte die EU. Doch ist das Budget von einer Milliarde Euro gut angelegt? Oder wären viele einzelne Forschungsgruppen erfolgreicher, kreativer? Wie entwickeln sich Projekte unter verschiedenen Bedingungen, welche Form der Förderung ist sinnvoll und woran messen wir den Erfolg eines solchen Projekts? **09**



Bildquelle: bluebrainproject/EPFL

Warum Schönheit schön ist – Ästhetikempfinden

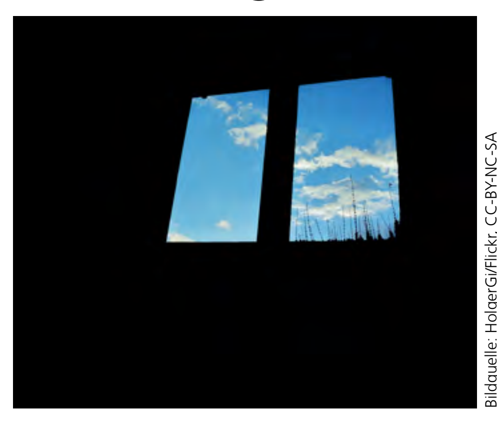


Bildquelle: Raphael/commons.wikimedia.com

Dass Definitionen und Theoriebildung die Grundpfeiler der Wissenschaftlichkeit bilden, zeigt sich manchmal im Detail – hier anhand der verschiedenen Ansätze zum Verständnis der Ästhetik. Bezieht sich der Begriff auf Schönheit oder generell Empfindungen? Wie sind ebendiese messbar? Können wir Dichotomien ablegen und sind auch Wut und Ekel ästhetische Emotionen? Positionen von Neuroästhetik und Philosophie decken sich nicht wirklich – liegt Schönheit am Ende doch immer im Auge des Betrachters? **22**

Interview: Zwangsbehandlung

«Fürsorgerische Unterbringung» hiess letztes Jahr noch «Fürsorgerischer Freiheitsentzug». In seltenen Fällen scheint eine solch extreme Intervention temporär nötig. Doch jemanden zum Umdenken zwingen zu wollen – wie wirkt das auf den Betroffenen? Wie geht man mit diesem Machtgefälle um? Im Interview mit einer Anorexia Nervosa-Patientin zeigen sich die Ängste und die inneren und äusseren Kämpfe, die Teil der Erkrankung und der aufgezwungenen Therapie sind. **33**



Bildquelle: HolgerGs/Flickr, CC-BY-NC-SA

Der Glaube an die Wissenschaft

Von Katharina Szybalski

Fernbeziehungen

Die unbeliebte Beziehungsform Fernbeziehung ist laut einer neuen Studie anscheinend besser als ihr vorauseilender Ruf. Die Forscher untersuchten die Kommunikationsqualität von persönlichen Gesprächen, Telefongesprächen, Videochats, SMS, Instant Messenger und Email. Sie gingen vor allem darauf ein, in wie weit sich die Paare gegenseitig ihre Empfindungen mitteilen und mit wie viel Aufmerksamkeit der Partner auf diese Äusserungen reagiert.
Es stellte sich heraus, dass Paare in Fernbeziehungen deutlich vertrauter miteinander umgehen als Paare, die sich in geographischer Nähe befinden. Dafür konnten die Autoren zwei Hauptfaktoren identifizieren: Einerseits öffnen sich die Partner in diesen scheinbar anonymeren Kommunikationsmitteln mehr und andererseits werden gewisse Verhaltensweisen in einer Fernbeziehung positiver beurteilt als in anderen. Dies gilt besonders für Kommunikationsmethoden, die auf geschriebenem Text basieren. Die Forscher nehmen an, dass diese Kommunikationsart zeitintensiver ist und somit mehr wertgeschätzt wird (Crystal Jiang & Hancock, 2013).

Kaugummi

Der Zusammenhang zwischen der Konzentrationsfähigkeit und gleichzeitigem Kaugummikauen konnte in bisherigen empirischen Studien nie hinreichend belegt werden. Morgan, Johnson und Miles (2013) betrachteten den Sachverhalt dieses Jahr noch einmal neu. Die Probanden hörten sich über 30 Minuten Zahlenfolgen von drei aufeinander folgenden Ziffern an und mussten bei der Kombination ungerade – gerade – ungerade Zahl einen Knopf drücken. Zwischen den Kombinationen konnten die Versuchspersonen sich jeweils 40 Sekunden lang erholen. Aufgezeichnet wurde nicht nur die Fehlerquote, sondern auch die Reaktionszeit. Der Experimentalgruppe wurde anfangs ein Kaugummi angeboten, die Kontrollgruppe musste die Aufgabe ohne Manipulation (also ohne Kaugummi) durchführen. Die vorgelegte Aufgabe beansprucht das Kurzzeitgedächtnis, weil das Gehörte gespeichert werden muss, um es anschliessend sofort mit dem vorgegebenen Muster abzugleichen.
Allgemein zeigte sich, dass die Aufgabe alle Probanden ermüdete und somit gegen Ende die Fehlerquote und Reaktionszeit in Experimental- und Kontrollgruppe zunahm. Die Kontrollgruppe ohne Kaugummi konnte die ersten zehn Minuten bessere Leistungen erbringen als die Spearmintkaugummi kauende Experimentalgruppe, jedoch verschlechterte sich die Leistung danach kontinuierlich. Die Experimentalgruppe hingegen erzielte während des ganzen Experimentes fast stabile Resultate. Die Autoren schliessen daraus, dass Kaugummikauen dazu beiträgt, die Konzentration länger aufrechtzuerhalten und somit nur bei langandauernden Aufgaben seinen Zweck erfüllt (Morgan, Johnson, & Miles, 2013).

Wissenschaftsglaube

Britische Forscher sind überzeugt: Wissenschaft kann unter bestimmten Bedingungen genauso wie Religion wirken. Häufig wird in diesem Zusammenhang von Wissenschaftsgläubigkeit gesprochen, also von der unkritischen Überzeugung, dass wissenschaftliche Erkenntnisse die Wahrheit abzeichnen. Die Autoren argumentieren, dass der Glaube an einen Gott dem Leben einen Sinn gibt und in undurchschaubaren und unsicheren Situationen die Kontrolle zumindest ein wenig sicherer in den eigenen Händen zu liegen scheint. Auf diese Weise kann Religion Ängste mindern. Die Forscher sind der Meinung, dass die Wissenschaft ein ähnliches Konstrukt ist wie die Religion. Viele Menschen akzeptieren wissenschaftliche Erkenntnisse als Wahrheit, doch einige gehen soweit und betrachten sie als überlegenen und einzigen gültigen Leitfaden im Leben. Diese Menschen verteidigen wissenschaftliche Erkenntnisse als allgemeingültig ohne jegliche kritische Reflexion.
Die Forscher wollten auf Grundlage dieser Überlegungen herausfinden, ob die Wissenschaftsgläubigkeit unter Stress oder Angst zunimmt. Semi-professionelle Ruderer, die sich selber als nicht religiös bezeichneten, sollten einen Fragebogen zur Wissenschaftsgläubigkeit ausfüllen. Die Experimentalgruppe füllte diesen Fragebogen 30 Minuten vor einer wichtigen Regatta aus, um den Stress zu simulieren, während die Kontrollgruppe im Training aufgezeichnet wurde.
Die gestresste Gruppe erzielte einen höheren Wert als die Kontrollgruppe. Somit hatten die Forscher belegt, dass unter Stress der Glaube an die Wissenschaft zunehmen kann. In Bezug auf den Aspekt der Angst liessen sie die Experimentalgruppe ihre Gedanken zum eigenen Tod aufschreiben und anschliessend den gleichen Fragebogen wie im ersten Versuch ausfüllen. Die Kontrollgruppe sollte ihre Gedanken über Zahnschmerzen zu Papier bringen. Auch hier zeigte sich, dass grössere Angst mit einer grösseren Wissenschaftsgläubigkeit einherging.
Trotz der enormen Unterschiede zwischen Wissenschaft und Religion können beide Konstrukte für einige Menschen den gleichen Zweck erfüllen. Allgemeiner betrachtet steckt dahinter wohl die Neigung des Menschen, sich in schweren Zeiten auf die eigene Weltansicht zu konzentrieren (Morgan, Johnson, & Miles, 2013).

Literatur

Crystal Jiang, L., & Hancock, J. T. (2013). Absence makes the communication grow fonder: Geographic separation, interpersonal media, and intimacy in dating relationships. *Journal of Communication*, *63 (3)*, 556–577. doi:10.1111/jcom.12029

Farias, M., Newheisr, A.-K., Kahane, G., & de Toledo, Z. (2013). Scientific faith: Belief in science increases in the face of stress and existential anxiety. *Journal of Experimental Psychology*. Advance online publication. doi:10.1016/j.jesp.2013.05.008

Morgan, K., Johnson, A. J., & Miles, C. (2013). Chewing gum moderates the vigilance decrement. *British Journal of Psychology*. Advance online publication. doi:10.1111/bjop.12025



Über das «Human Brain Project» und Forschungspolitik

Ende Januar 2013 wurde bekannt gegeben, dass das Human Brain Project der ETH Lausanne (EPFL) als eines der ersten zwei Projekte im Rahmen der EU Flaggschiff-Initiative unterstützt wird. Dieses Projekt umfasst ein Budget von einer Milliarde Euro und ist angelegt auf zehn Jahre. Kurz darauf hat US-Präsident Barack Obama ein ähnliches Forschungsprogramm in vergleichbarem Umfang angekündigt. Was hat es mit dieser grossangelegten Forschungsfinanzierung auf sich? Ist hier eine Tendenz zu Mega-Projekten festzustellen? Erbringen grössere Projekte automatisch auch wichtigere und/oder mehr Erkenntnisse?

Von Adrian Oesch

Das Hauptziel des Human Brain Projects (HBP) ist es, das menschliche Gehirn mit einem Computer zu simulieren. Dazu werden die Forscher versuchen, das gesamte Wissen aus Studien mit E. Coli, Mäusen und dem menschlichen Gehirn zu vereinen und auf ein Modell zu übertragen. Dazu soll ein Computer mit bisher unerreichter Rechenkapazität, Effizienz und neuartigen Chips konstruiert werden. Die sogenannten neuromorphen Computerchips orientieren sich an realen Nervensystemen und bilden einen Teil des Projekts. Die EPFL wird im Rahmen des HBP viele Kooperationen eingehen. Derzeit sind 125 Partner aus der ganzen Welt aufgelistet. Man erhofft sich neben der Grundlagenforschung auch praktische Anwendungen: Im Bereich der Medizin wäre ein besseres Verständnis von Psychopharmaka und neuen Behandlungsmethoden denkbar; bei den computertechnischen Innovationen werden diverse Anwendungsmöglichkeiten gesehen. (siehe *Die ultimative Simulation des Gehirns* für eine ausführliche Besprechung des Human Brain Projects auf spektrum.de).

Das HBP hat auch Kritiker. Die meisten von ihnen halten die Ziele für übertrieben und einige fürchten, dass viel zu hohe Erwartungen geweckt werden, was wiederum nur zu Enttäuschung und Frust führen kann. Andere stört die Spekulation, dass eine solche Computersimulation auch Bewusstsein hervorbringen könnte (NZZ vom 11. Mai 2011). Des Weiteren taucht immer wieder Kritik am Projektleiter Prof. Henry Markram auf. Er habe noch keine relevanten Erkenntnisse aus seiner vorhergehenden Studie, dem «Blue Brain Project», publiziert. Selbst zum Nervensystem des im Vergleich primitiven 300-Neuronen-Wurm C. elegans sind noch ungeklärt. Nichtsdestotrotz möchten die Forscher bereits ein weitaus ambitionierteres Projekt beginnen. Dass das Projekt trotz der Kritik so weit gekommen ist, verdankt die EPFL auch einer ausserordentlichen Medienarbeit. Derart fantastische Visionen sind selbstredend eine gute Ausgangslage für die Kommunikationsabteilung (siehe *Der Griff nach dem Bewusstsein* vom 11.5.2011, NZZ.ch).

Über gute Schlagzeilen freuen sich auch Politiker. *«Europe's position as a knowledge superpower depends on thinking the unthinkable and exploiting the best ideas. This multibillion competition [Future and Emerging Technologies, Anm. d. Red.] rewards home-grown scientific breakthroughs and shows that when we are ambitious we can develop the best research in Europe. To keep Europe competitive, to keep Europe as the home of scientific excellence, EU governments must agree an ambitious budget […] .» (Pressemitteilung vom 28.1.2013)*

Mit diesen Worten begründete die Vizepräsidentin der europäischen Kommission Neelie Kroes die Vergabe von der Milliarde Euro an die beiden Siegerprojekte der FET Flaggschiff-Initiative. Damit wird deutlich: Wissenschaftsförderung ist hoch politisch. Der Schluss liegt nahe, dass auch eine gewisse Angst vor zukünftiger Bedeutungslosigkeit Europas zu diesen hohen Ausgaben motivierte – zurecht?

> *«We conclude that scientific impact […] is only weakly limited by funding. We suggest that funding strategies that target diversity, rather than ‹excellence›, are likely to prove to be more productive.»*
> – J.-M, Fortin and D. J. Currie

Drei Monate nach der offiziellen Ankündigung des HBP versprach Barack Obama auf einer Pressekonferenz ein ähnliches Projekt zu lancieren. Bisher sind jedoch keine genaueren Details bekannt. Lediglich ausgeklügelte Akronyme wie BRAIN, was für «Brain Research through Advancing Innovative Neurotechnologies» steht, oder BAM («Brain Activity Map») werden in verschiedenen Medien herumgereicht. Ebenso wird vermutet, dass das Projekt ebenfalls auf zehn Jahre

Wissenschaftsjournalismus und PR

In einer Rede am Kongress der Wissenschaftskommunikatoren im Herbst 2012 hat die Journalistin Beate Kittl auf eine brisante Situation hingewiesen: In den Schweizer Medienhäusern sind viele Stellen im Bereich des Wissenschaftsjournalismus gestrichen worden. An deren Position treten vermehrt die Kommunikationsbüros der wissenschaftlichen Institutionen selbst. Zur Veranschaulichung: In den Medienabteilungen der Westschweizer Hochschulen und Universitäten können 80 Stellen gezählt werden, die teilweise als Redakteure oder Journalisten umschrieben werden. Im Gegensatz dazu zählt Kittl im welschen Print, Radio und Fernsehen lediglich zehn bis zwölf Wissenschaftsredakteure. Es gibt bereits mehrere Beispiele, wo Universitäten und PR-Agenturen die Inhalte in Zeitungen direkt platzieren können. Dabei stellt sich die Frage, wer noch einen kritischen Blick auf die Wissenschaft hat? Die Verlage sind froh, wenn sie ihre Blätter billig mit interessanten und oftmals sensationellen Geschichten füllen können. Und die Universitäten haben ein Interesse daran, sich möglichst gut zu präsentieren.

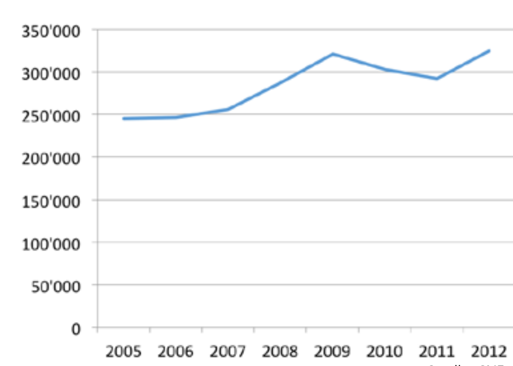
angelegt sein wird und um die drei Milliarden Dollar (300 Millionen pro Jahr) kosten könnte. Der Verdacht drängt sich auf, dass die Amerikaner die Pionierrolle in der Hirnforschung nicht den Europäern überlassen wollen, wobei die Projektleitung des HBP den europäischen und internationalen Charakter ihrer Forschung betonen.
Kann das Gehirn demnach nur durch milliardenschwere Grossprojekte entschlüsselt werden? Gleichzeitig diskutieren Forschende aus verschiedenen Disziplinen über die zunehmende Relevanz von Grossstudien – sogenannte «Big Science». Es steht die These im Raum, dass die zunehmend komplexen Phänomene durch kleinere Teams nicht mehr ausreichend erklärt werden können. Es erscheint folgerichtig, dass die Forschungsgegenstände durch die Anhäufung wissenschaftlicher Erkenntnisse zunehmend komplexer werden. Modelle in den verschiedensten Bereichen werden ständig erweitert, um neue Faktoren ergänzt, damit sie den Beobachtungen besser entsprechen. Mit einher geht die Entwicklung der exponentiell zunehmenden Rechenkapazität von Computern. Erst mit dem Aufkommen automatischer Datenverarbeitung können immer grössere Datenmengen verarbeitet werden. Gehört «Big Science» demnach die Zukunft? Die *Europäische Organisation für Kernforschung* in Genf (CERN) beispielsweise – ein Paradebeispiel internationaler Kooperation bezüglich Grossforschung – verfügte allein 2010 über ein Jahresbudget von 850 Millionen Euro.

FET Flaggschiff Initiative

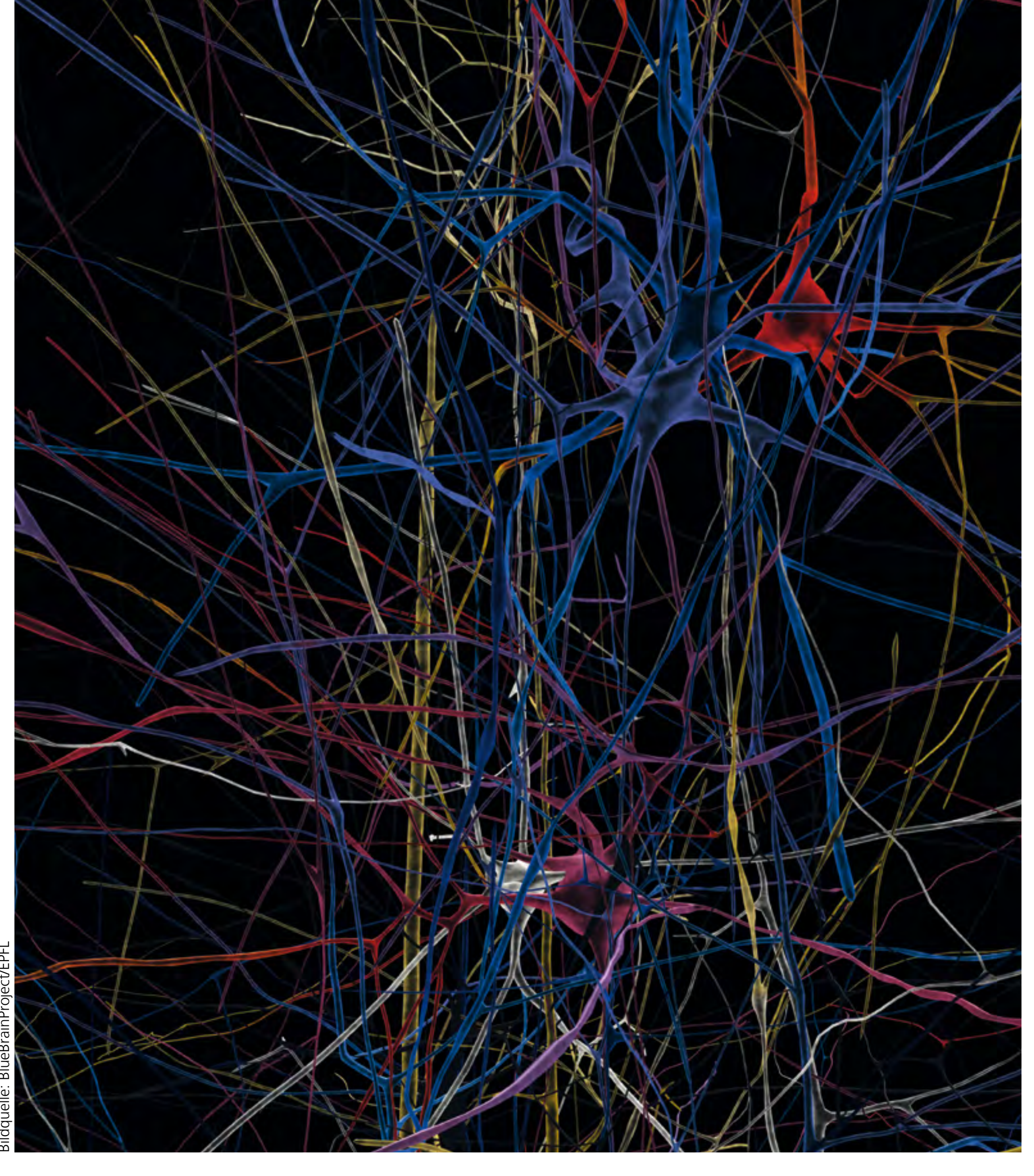
Im September 2010 gab die EU ein neues Forschungsförderungsprogramm mit dem Namen «Future and Emerging Technologies Flagship Initiatives» bekannt. Im Frühling 2011 wurden sechs Pilotprojekte erkoren und eine Planungsphase von zwölf Monaten finanziert. Mitte 2012 wurden die Projekte einer Kommission präsentiert. Wie das HBP strebte auch das Projekt «FutureICT» eine Computersimulation an, jedoch mit Fokus auf gesellschaftliche und ökologische Themen («Living Earth Platform»). Das zweite Gewinnerprojekt «Graphene» möchte im Bereich der Materialwissenschaft Fortschritte erzielen. Graphen, ein Material aus einer einzigen Schicht Kohlenstoffatomen mit mehreren ungewöhnlichen Eigenschaften, wurde bereits in Labors erprobt und soll nun in verschiedenen Industrien Anwendung finden. Ein weiteres Schweizer Pilotprojekt namens «Guardian Angels» wollte Nanosensoren entwickeln, die durch eine eigene Energieversorgung im menschlichen Körper selbständig Daten sammeln und diese dann nach aussen senden können. Dass Schweizer Institutionen sich überhaupt um die Fördergelder bemühen dürfen, liegt an den bilateralen Verträgen. Durch diese musste die Schweiz zwar auch erst einmal ca. 260 Millionen Euro in einen Forschungsfördertopf investieren, doch scheint sich der Deal zu lohnen. Viel Geld fliesst wieder in Schweizer Projekte, nicht nur über die Flaggschiff-Initiative.

Laut den Zahlen des *Schweizerischen Nationalfonds* (SNF), der wichtigsten Institution zur Forschungsförderung des Bundes, sind die durchschnittlichen Förderbeiträge für Forschungsprojekte von 2005 bis 2012 um 32% gestiegen. 2012 betrug der durchschnittliche zugesprochene Betrag in der Projektförderung rund 325'000 CHF. Das Budget eines EU Flaggschiff-Projekts würde somit je nach Wechselkurs fast 4'000 durchschnittliche SNF-Projektförderbeiträge decken.

Tabelle: Entwicklung der durchschnittlichen Förderbeiträge des SNF 2005–2012



Die Statistiker vom SNF erklären sich den Anstieg der durchschnittlichen Förderbeiträge in der Projektförderung nicht durch eine Häufung grösserer Projekte, sondern unter anderem durch einen Anstieg bei den Doktorandenlöhnen. Ausserdem habe sich die durchschnittliche Projektdauer von 28 Monaten im Jahr 2005 auf 31 Monate im 2012 verlängert. Die Frage nach der Tendenz zu «Big Science» in der Schweiz kann jedoch nicht restlos geklärt werden. Es lässt sich z. B. nicht ermitteln, wie viele Projekte mehr als eine Million Franken erhalten haben. Dabei verfügte der SNF eigentlich über eine mustergültige Datenbank mit allen bewilligten Förderprojekten seit 1975. Die Herausgabe der kompletten Daten sei allerdings nicht gestattet.
Aus der Sicht der Wissenschaft sind zusätzliche Fördergelder zu begrüssen. Aus einer politischen Perspektive sollte jedoch die Frage nach dem Nutzen gestellt werden. Nicht nur Politiker, sondern auch Forschende sollten sich um Effizienz bemühen – inwiefern macht es Sinn, immer mehr Geld in immer weniger Projekte zu stecken?
«Big Science» steht seit dem Aufkommen dieser Bezeichnung in den 60er-Jahren in der Kritik. Erst kürzlich jedoch hat ein Forscherteam aus Ottawa versucht, die Förderstrategien mit quantitativen Methoden zu betrachten. Die Studie hinterlässt Skepsis. Die beiden Biologen Jean-Michel Fortin und David Currie (2013) haben den Zusammenhang des Projektbudgets mit dem Forschungsoutput verglichen. Um die wissenschaftlichen Ergebnisse zu quantifizieren, benutzten sie folgende Kriterien: die Anzahl der Artikel, die Anzahl der Zitationen, die Anzahl Zitationen des besten Artikels und die Anzahl viel zitierter Artikel, die jeweils bis zu vier Jahre später aus einem Forschungsprojekt hervorgingen. Die Daten zeigten zwar grössere Auswirkungen bei Projekten mit grösserem Budget, jedoch ist der Zusammenhang relativ schwach ($0.03 < R^2 < 0.28$). Projekte mit doppeltem Budget hatten also bei Weitem nicht die doppelte gemessene Forschungswirkung. Die Autoren weisen indes selber auf die Mängel ihrer Operationalisierung hin und sind sich der limitierten Aussagekraft ihrer Untersuchung bewusst. Dennoch deuten sie ihre Resultate als ein Argument für eine Förderungsstrategie, die sie «small many» nennen: Lieber sähen sie die Verteilung von kleineren Grants an viele Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen, als die Förderung von Eliteforscher oder Exzellenzprojekten (Fortin & Currie, 2013).


Bildquelle: BlueBrainProject/EPFL

In einem Interview mit SRF meint David Currie, dass die Relevanz der Ergebnisse einer Studie nur schwer zu antizipieren sei und deshalb eine möglichst grosse Vielfalt an Ansätzen wichtig wäre. Somit könne die Wahrscheinlichkeit gesteigert werden, etwas Wichtiges zu entdecken. Er sieht hierbei auch eine Analogie zur Evolution. Je grösser die genetische Variation ist, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass eine Mutation in einer ungewissen Zukunft zum Vorteil werden könnte. Ein Kriterium, das den Erfolg eines Riesenprojekts wie das HBP demnach massgeblich beeinflussen könnte, ist die tolerierte Diversität an Lösungsansätzen innerhalb des Projekts. Je grösser die Uniformität der Forschung ist, desto höher ist das so genannte Klumpenrisiko, wie es der Wissenschaftspublizist Gottfried Schatz nennt (SRF vom 28.1.2013).
Natürlich gibt es auch gewisse Ziele, so Currie weiter, die nur durch einen kumulierten Effort erreicht werden können. Als Paradebeispiele werden an dieser Stelle oft die Mondmission oder das «Human Genome Project» genannt. Auch dieses wurde in den 90er-Jahren mit ähnlichen Geldsummen finanziert, bis im Jahr 2000 dann ein erster Erfolg zu verzeichnen war: Ein erster Entwurf eines menschlichen Genoms. Das Projekt startete 1990 und war mit drei Milliarden Dollar auf 15 Jahre angelegt. Erkenntnisse daraus werden teilweise immer noch publiziert. Die Genanalyse, die vor wenigen Jahren noch mehrere hundert Millionen gekostet hatte, ist heutzutage für ein paar tausend Franken erhältlich. Zudem entwickelte sich ein neuer grosser Forschungszweig und vor allem die Medizin profitiert bereits heute von den unzähligen Erkenntnissen. Kann also ähnliches vom HBP erwartet werden? Ich hoffe, mit diesen Zeilen das Interesse für eine vertiefte Auseinandersetzung geweckt zu haben. ■

Zum Weiterlesen

Offizielle Webseite des «Human Brain Project»: http://www.humanbrainproject.eu/
Dönges, J. (2011). Die ultimative Simulation des Gehirns. http://www.spektrum.de/alias/human-brain-project/die-ultimative-simulation-des-gehirns/1129521
Fortin, J.-M., & Currie, D. J. (2013). Big science vs. little science: How scientific impact scales with funding. *PLoS One*, *8*(6), 1–9.
Fisch, F. (2011). Der Griff nach dem Bewusstsein. http://www.nzz.ch/aktuell/startseite/der-griff-nach-dem-bewusstsein-1.10537455
Eine umfangreiche Linkliste findet sich online: http://bit.ly/13agkfL (oder QR-Code scannen)



Task Shifting

Von der utopischen Intention: psychische Gesundheit für alle

«Task Shifting» ist das schnittige englische Schlagwort, das die Lösung für die weltweit grossen Versorgungsprobleme in der Behandlung psychischer Störungen sein soll.

Von Ebongo Tshomba

Task Shifting lässt sich nur umständlich und sperrig ins Deutsche übertragen: «Aufgaben Verschiebung» könnte man grob übersetzen. Und genau diese Verschiebung verspricht den Umgang mit psychischen Erkrankungen in vielen Ländern in die richtigen Bahnen zu lenken.
Auf Task Shifing aufmerksam wurde ich über das Youtube-Portal TEDtalks, in dem unter anderem Wissenschaftler neue innovative Ideen in kurzen, leidenschaftlich und anregend gehaltenen Reden vorstellen. Dabei blieb mir das Video von Vikram Patel, Psychiater und Professor für *International Mental Health*, besonders im Gedächtnis. Seine Idee war eine von denen, die so simpel klingt, dass man sich am liebsten stöhnend an den Kopf fassen würde und denkt: «Na logisch, wieso ist da keiner früher drauf gekommen?»

> *«Mental health for all by involving all.»* – Vikram Patel

Von barfüssigen Doktoren

Mit charmantem indischem Akzent erklärt Patel das Prinzip von Task Shifting. Dabei zerlegt man komplexe Aufgaben mit viel theoretischem Hintergrund in ihre Einzelteile, um dieses Basiswissen in kleinen Arbeitsschritten an Laien zu vermitteln. Was ein Psychiater an einer universitären psychiatrischen Klinik in der Schweiz kann, überspitzt formuliert, soll nach diesem Schritt auch ein Community Health Worker, ein Mitarbeiter im Gesundheitswesen einer Dorfgemeinschaft, zum Beispiel in Ghana, können.
Die Idee des Task Shifting ist keineswegs neu. Das Prinzip hat sich in der Medizin schon lange bewährt. Mao Zedong erkannte 1940, dass fast ausschliesslich die urbane Bevölkerung Chinas Zugang zu medizinischer Versorgung hatte und die Ausbildung zum Mediziner einer Elite vorbehalten war. Daraufhin liess er Bauern, ausgewählt von ihrer Dorfgemeinschaft, Grundwissen in medizinischer Versorgung zukommen. Nach einer einjährigen Ausbildung durften sie leichtere Krankheiten behandeln. Sie wurden «Barfüssige Doktoren» genannt, weil Sie neben ihrer Tätigkeit als Mediziner weiterhin mit blossen Füssen im Reisfeld mitarbeiteten (Daqing & Unschuld, 2008).

Mangelware Psychotherapie

Als praktizierender Psychiater und Forscher am *King's College London* genoss Vikram Patel die Vorzüge der traditionsreichen britischen Institution. Als er im Rahmen eines Projekts nach Zimbabwe kam, fand er sich erstmalig in der Situation, ohne den Luxus umfangreichen Equipements eines europäischen Psychiaters auskommen zu müssen. Dass die Ressourcen knapp waren, ist noch untertrieben. Es mangelte an Personal, Medikamenten, Wissen, an fast allem. In einer solchen Umgebung ist Improvisation eine unumgängliche Notwendigkeit. In vielen Ländern hat ein Grossteil der Bevölkerung keinen Zugang zu psychologischer Behandlung. In Indien beispielsweise kommt ein Psychiater auf 500'000 Menschen, in Ghana einer auf weit über eine Million (Worlth Health Organization, 2006; 2011). Aber auch in Europäischen Ländern erhalten viele Menschen keine angemessene Behandlung oder müssen lange Wartezeiten in Kauf nehmen. In der Schweiz wird nur jeder zweite psychisch Erkrankte ärztlich behandelt, nur jeder vierte fachärztlich und nur einer von zehn Erkrankten erhält eine adäquate Behandlung, (wobei anzumerken ist, dass dies nicht am Mangel an Psychotherapeuten liegt, sondern daran, dass Menschen lange warten, bevor sie sich Hilfe holen und dass die Kasse keine Psychologen zahlt, die nicht delegiert arbeiten. Zürich hat die grösste Therapeutendichte auf der ganzen Welt (Fringer & Kurt, 2006)). Psychologen und Psychiater weltweit fanden ähnliche Zustände ungedeckter Versorgung vor und suchten nach einer Lösung, die in naher Zukunft realisierbar wäre.

Eine Bank für die Freundschaft

Die Institution *Movement for Global Mental Health* verbindet Forschungsteams aus der ganzen Welt, die sich für Projekte im Zusammenhang mit Task Shifting und der Arbeit mit Community Health Workers einsetzen. Ein konkretes Beispiel für ein erfolgreiches Projekt ist die «Friendship Bench» in Zimbabwe, eine Zusammenarbeit der örtlichen Universität und dem King's College London. Ein Team aus Psychologen, Krankenschwestern und Psychiatern passten Ausbildungsmaterial für lösungsorientierte Kurzzeittherapie an Voraussetzungen und Fähigkeiten von Laien an. In Zwimbabwe waren alle Hilfsarbeiter weiblich, lebten schon seit mindestens 15 Jahren im Stadtteil, in dem sie behandeln würden, hatten eine Grundschul- oder höhere Ausbildung und waren im Schnitt um die 58 Jahre alt. Daher werden sie in Zimbabwe auch «Ambuya Utano» genannt: Grossmütterliche Gesundpflegerinnen. In einem achttägigen Kurs erlernten die Community Health Worker das erkennen und beobachten von häufig vorkommenden psychischen Störungen, wie Depression, Alkoholabhängigkeit und Angststörungen, und deren Behandlung. Ausgeschlossen von der Behandlung durch die Ambuya-Utanos wurden Patienten mit schwerer Depression oder Suizidrisiko. Patienten und Community Health Worker trafen sich auf einer Holzbank im Aussenbereich der Klinik, die sogenannte «Friendship-Bench». Die kognitiv-behaviorale Intervention fand in 45-minütigen Sitzungen statt. Die Ambuy-Utanos standen während der ganzen Zeit über unter Betreuung von Supervisoren. Dank der Arbeit der Community Health Worker liessen sich deutliche Verbesserungen bei den Patienten beobachten. (Chibanda, Mesu, Kajawu, Cowan, Araya, & Abas, 2011).
Obwohl es inzwischen viele Studien aus verschiedenen Ländern zum Thema Task Shifing bei der Behandlung von psychischen Störung mit erfreulichen Ergebnissen gibt, wurde noch kein einheitliches Rezept gefunden, in welcher Form Task Shifting stattfinden soll. Die Länge der Ausbildung, Psychotherapierichtung und das Bildungsniveau der Community Health Worker variieren von Ort zu Ort aufgrund der kulturellen und ökonomischen Gegebenheiten des jeweiligen Landes. Die Idee steckt noch in den Kinderschuhen, birgt jedoch grosses Potenzial, bessere psychotherapeutische Versorgung in Länder mit niedrigem Einkommen zu bringen und zudem auch hierzulande die Therapie von psychischen Störungen effizienter und kostengünstiger zu gestalten. Hinter Task Shifting steckt die Idee, Menschen wieder vermehrt zurück zur Selbsthilfe, zur gegenseitigen Hilfe in der Gemeinschaft zu bringen, anstatt jedes Problem zum Spezialisten zu tragen. Virkram Patels Slogan lautet «Mental health for all by involving all.» Um dem utopischen Ziel «Psychische Gesundheit für alle.» entgegenzustreben, braucht es so viele Helfer wie möglich. ■

Global Mental Health

Der Begriff «Global Mental Health» bezieht sich auf die Forschung und Praxis, die die Priorität auf die Verbesserung der psychischen Gesundheit und die Gleichberechtigung der Bevölkerung weltweit setzen. Institutionen wie Movement for Global Mental Health setzen sich für diese Ziele ein. Die WHO definiert Psychische Gesundheit als Resultat komplexer dynamischer Interaktionen zwischen biologischen, psychologischen, sozio-ökonomischen, soziokulturellen und institutionellen Faktoren. Psychische Gesundheit ist somit nicht ein Zustand, der sich als Folge von persönlicher Disposition und individuellem Verhalten manifestiert, sondern ein vielschichtiger Prozess, der neben individuellen Aspekten massgeblich von exogenen Faktoren beeinflusst wird (WHO, Mental Health Report, 2001).



Bildquelle: James Duncan Davidson

Zum Weiterlesen

Virkam, P. (2003). *Where There Is No Psychiatrist: A Mental Health Care Manual.* Books Beyond Words Series, The Royal College of Psychiatrists: London.
Chibanda, D., Mesu, P., Kajawu, L., Cowan, F., Araya, R., & Abas, M. A., (2011). Problem-solving therapy for depression and common mental disorders in Zimbabwe: piloting a task-shifting primary mental health care intervention in a population with a high prevalence of people living with HIV. *BMC Public Health, 11*(1), 828.

Im Auge des Betrachters

Psychologie und Film

Die Abgrenzung der Psychologie als eigenständige Wissenschaft fällt zeitlich zusammen mit einer Erfindung, die einerseits das technische Weltbild der Zeit widerspiegelt und andererseits fantastische Szenen abzubilden vermag: Film. Wie haben sich das Medium Film, die Traumfabrik Kino und die junge Psychologie beeinflusst? Und wie sieht der typische Spielfilmpsychologe aus?

Von Josefine Biskup

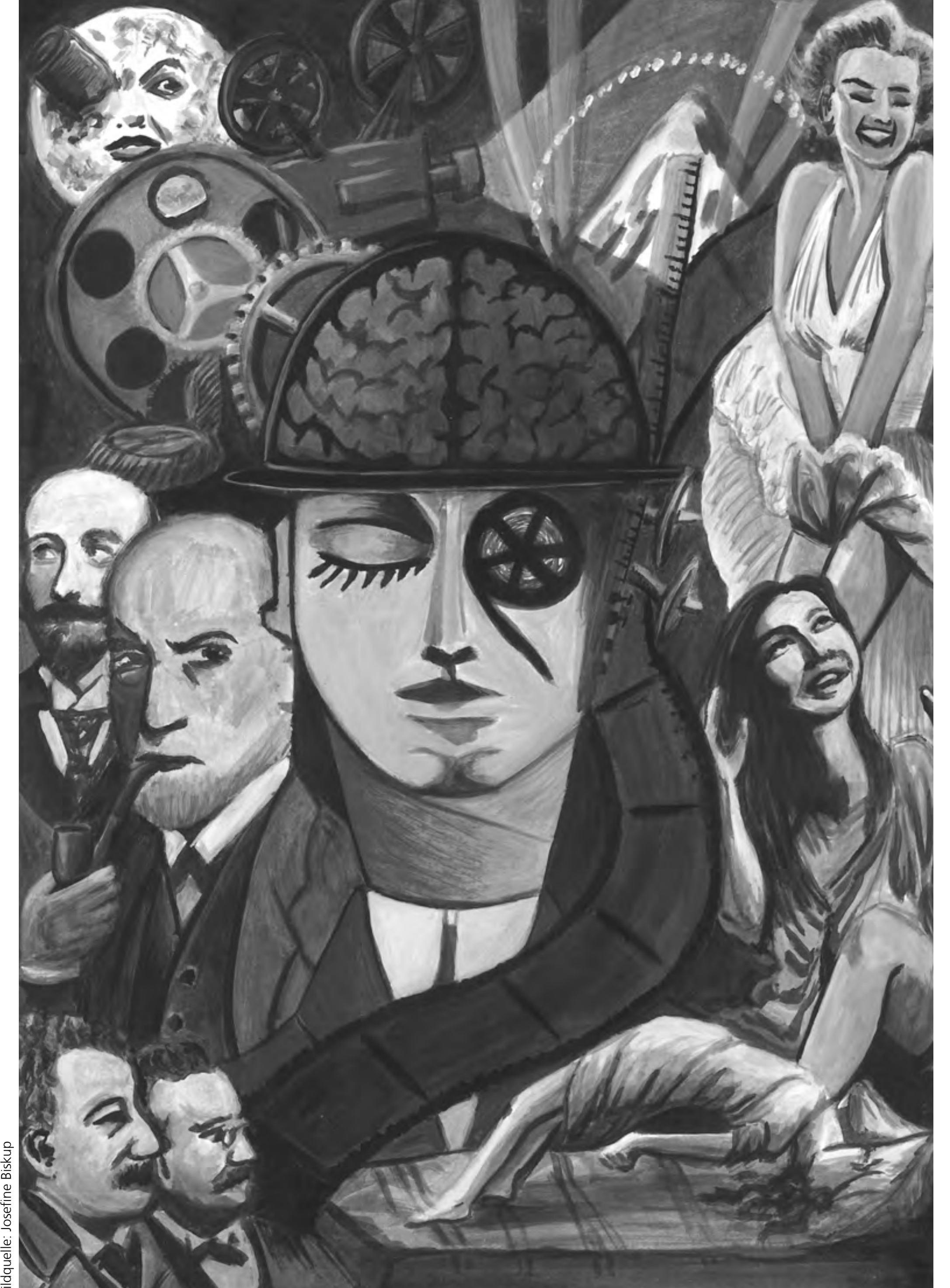
Im Kino finden wir eine Ebene über der Realität, die realer ist, als die Realität selbst, meint der Philosoph und Lacan-Theoretiker Slavoj Žižek. Der Spielfilm sei ein Konglomerat psychologischer Extreme, lautet das Fazit seiner Dokumentation *The Pervert's Guide to Cinema* (2006). Neben dieser eventuellen metaphysischen Tiefe des Themas Psychologie und Film lässt sich an dieser Stelle vorweg bemerken, dass alle ikonenhaften Momente der klassischen Filmgeschichte einen Fundus kollektiver Erinnerungsbilder darstellen, aus dem sich schöpfen lässt, der jedem zu Verfügung steht und der unser aller Kulturverständnis beeinflusst. Umgekehrt ist jede Erzählung auf verschiedensten Ebenen psychologisch interpretierbar (was auf Literatur natürlich ebenso zutrifft). Dies wären die Voraussetzungen, von denen wir im Folgenden ausgehen werden – doch das sind nicht die einzigen Berührungspunkte zwischen Film und Psychologie.
Vielmehr handelt es sich um eine parallele, teilweise direkt interagierende Entwicklung. Beide entstanden etwa um 1900 und haben vor allem eins gemeinsam: Die Beschäftigung mit dem Menschen, mit Emotionen, Wahrnehmung, Erinnerung und Erzählung. Ausserdem diente das Medium Film schon früh nach seiner Entwicklung der empirischen Messmethodik (beispielsweise verhaltenspsychologischer Experimente). Das objektive, serielle und detailgetreue Abbilden grenzt den Film ab von den darstellenden Künsten und den literarischen Beschreibungen eines Sachverhalts. Die Bilder sind immer dieselben, doch das Sehen ist immer ein anderes, denn Film ist immer Beobachtung und Darstellung zugleich. Die Gedanken von Autor, Akteur, Figur und Regisseur, der Blick von Kamera und Schnitt, Ton und Musik werden vermengt mit den Empfindungen des Betrachters. Ihn zu beobachten und zu verstehen kann wiederum zum Experiment werden – oder zur Therapie. Die Filmtherapie mag ein exotisches Phänomen im Rahmen tiefenpsychologischer Ansätze und klinisch nicht wirklich relevant sein – umgekehrt finden sich im zeitgenössischen Kino nur wenige Darstellungen der häufigsten therapeutischen Herangehensweisen (Kognitive Verhaltenstherapie). Vielmehr orientieren sich die Drehbuchautoren an den gängigen und mittlerweile bald 100 Jahre alten Klischees des Couchneurotikers und des bösen Wissenschaftlers. Dies ändert sich nur langsam.
Hat das Missverständnis also Tradition? Was hat die Stereotypenkiste zu bieten, ausser Freuds Diwan, Pavlovs Hund und Milgrams Stromkasten? Wo kollidieren und wo konvergieren Film- und Psychologiegeschichte, welche Forschungsansätze haben sich mit diesen Fragestellungen bisher beschäftigt und behält Žižek am Ende Recht – ist unsere heutige Welt nur durch die filmische Fiktion zu verstehen?

Von Seelenkunde zur Messmethodik: Die philosophischen Anfänge der Psychologie und ihre naturwissenschaftliche Wende im Zuge der Moderne

Die Anfänge der Psychologie reichen zurück bis in die Antike. Die Verwendung des altgriechischen *psychē (ψυχή)*, für Hauch/Atem und dementsprechend Leben, lässt sich erstmals in Homers Epen *Ileas* und *Odyssee* nachweisen (Klein, 2005). Die Seelenlehre der Orphiker, welche die Seele als unsterbliche, von der materiellen Welt unabhängige Instanz auffassten, ist ein erster Beleg für die antiken Theorien zur Differenzierung von Körper und Geist, die in den folgenden Jahrhunderten die europäischen Gelehrten beschäftigen sollte – bis heute. Jedoch blieb die Psychologie vorerst eine Teildisziplin der Philosophie.
Der Begriff «Psychologie» etablierte sich erst im 19. Jahrhundert. Erste nachweisbare Verwendung finden sich nach Brožek (1973) allerdings schon Mitte des 16. Jahrhunderts in Titeln, die offenbar eine Theorie des Geistes versus der körperlichen Natur etablieren wollten. Als freies Fach innerhalb der Philosophie steht die Psychologie von Beginn an in einer transdisziplinären Position mit Überschneidungen zu Fächern wie Medizin, Theologie und Rechtswissenschaften, welche sich ebenfalls mit Themen wie «Wille und Verantwortlichkeit des Menschen, Normalität und Krankheit des Denkens und Wahrnehmens» beschäftigten (Schönpflug, 2004).

> *«In order to understand today's world, we need cinema, literally. It's only in cinema that we get that crucial dimension which we are not ready to confront in our reality. If you are looking for what is in reality more real than reality itself, look into the cinematic fiction.»*
> – Slavoj Žižek

Über Aufklärung, Rationalismus und romantische Kulturphilosophie im Sturm und Drang rückte die Psychologie von moralischer Seelenlehre hin zur Erforschung von Gefühl und Empfindsamkeit. Pädagogische Fragen zur Natur versus Anlage-Problematik führten schliesslich über darwinistisch-physiologische Einflüsse zu einer Erneuerung in sich selbst durch die Einführung exakter Messmethoden im Sinne naturwissenschaftlicher Forschung mit Begründung der Psychophysik durch Gustav Theodor Fechner. Spätestens als Wilhelm Wundt 1879 sein Leipziger Laboratorium als das erste Institut für experimentelle Psychologie gründete, war der Grundstein für eine moderne, evidenzbasierte Forschung, die den Menschen als ein durch messbare Grössen beschreibbares Konstrukt verstand, gelegt (vgl. Schönpflug, 2004).
1889 war das Jahr des ersten Weltkongresses für Psychologie, abgehalten in Paris. Das junge Fach galt als modern, da es praktische Dienste leistete, international-weltumspannend Verbreitung fand, sich den Naturwissenschaften annäherte und nicht zuletzt zum Wachstum der Universitäten beitrug. Kognitivismus, Tiefenpsychologie und Behaviorismus bildeten die drei theoretischen Gruppen, auf denen die Psychologie des 20. Jahrhunderts aufbauen sollte. Allerdings gab es eine klare Spaltung zwischen Vertretern der mechanistisch-experimentellen Strömungen und der tiefenpsychologisch-analytischen. So stand Sigmund Freud trotz seines generellen Kulturpositivismus der Massengesellschaft der Moderne und dem technischen Fortschritt skeptisch gegenüber. Der Mensch als «Prothesengott» könne technische Hilfsmittel zwar nutzen, doch sei er nicht mit ihnen verwachsen und die scheinbare Überlegenheit kehre sich um in eine effektive Unzulänglichkeit des Tierwesens (also des Menschen ohne Hilfsmittel, d. V.) angesichts der mechanischen Idealisierung (Schönpflug, 2004).
Freuds Unmut zum Trotz feierte die Industrialisierung und mit ihr die Technisierung in den folgenden Jahren grosse Erfolge. So verhalfen zahlreiche technische Neuerungen dem modernen Menschen zu einem einfacheren Leben und die Analogie Mensch-Maschine war in Prosa wie in wissenschaftlicher Literatur en vogue. Fortschritt und Technik gehörten unweigerlich zusammen. Viele Erfindungen der Zeit haben in ihrer Essenz bis heute Bestand (Automobil, Röntgenapparat, Telefon, Aspirin, CocaCola® etc.). Eine dieser Erfindungen sollte zu eben dem Medium werden, das die gängigen Ideen von Wahrnehmung, Informationsvermittlung und Narration in einem bisher ungeschlagenen Ausmass revolutioniert hat: Film.


Bildquelle: Josefine Biskup

Historische Zusammenhänge zwischen Film und Psychologie: Unterhaltungskino, Chronofotografie und Lehrfilm

Als «Zeit der Apparate» beschreibt Mai Wegener die ausgehenden 1880er: Die Medizin konstruierte neue diagnostische und experimentelle Gerätschaften, die Neurologie hatte die tierische Elektrizität entdeckt und zwischen

belebter und unbelebter Materie scheint die Grenzziehung in Anbetracht der neuen Erkenntnisse, vor allem der Elektrophysiologie, zunehmend willkürlich. Die Existenz eines Lebensgeistes wird angezweifelt; man sucht nach neuen, mechanistischen Erklärungen für die Zusammenhänge zwischen Geist und Materie. (vgl. dazu auch *Frankenstein or The Modern Prometheus* (1818) von Mary Shelley, 1931 verfilmt von James Whale mit Boris Karloff in der Hauptrolle als Flickwerk aus Leichenteilen, der durch medizinische Apparate wieder zum untoten Monster erweckt wird – eine Fantasie zwischen Galvanismus und Alchemie.)

Ein Sinnes- und Nervenapparat soll nun die Funktionalitäten des menschlichen Verhaltens erklären. Mittels Fotoapparat, Grammofon, Telefon und nicht zuletzt Filmkamera und Projektor liessen sich die menschlichen Sinne teils aufzeichnen, sowie auch die Speicherung und Übertragung von Reizen und Informationen modellhaft darstellen. Der Film als Medium scheint äusserst geeignet, um Fallbeispiele und Forschungsanliegen allgemein zu ergänzen und die Kamera findet schnell Einzug in moderne Labors der Zeit (vgl. Mai Wegener in Jaspers & Unterberger, 2006).

1895 fanden in zahlreichen Metropolen erste öffentliche Filmvorführungen statt. Auguste und Louis Lumière zeigten in Paris den Kurzfilm *La Sortie de l'Usine Lumière à Lyon* (1895) *(dt. Arbeiter verlassen die Lumière-Werke*), den sie mit ihrem Cinematographen aufgenommen hatten. Eine Standkamera zeigt den Menschenfluss aus dem Industriegebäude, schwarz-weiss und stumm. Es mag Zufall sein, doch auch in diesen ersten Filmversuchen zeigt sich die Nähe des industrialisierten Menschen zur Maschine: Gefilmt wird das Werk, aus dem die Angestellten strömen, das Rattern der Projektoren der Zeit erinnert an Fliessbandarbeit und die Personen werden nicht als Individuen dargestellt, sondern als Produkte und Produzenten einer mechanisierten Welt. So bilden diese ersten Stummfilme die kulturelle Vorbedingung ihres Erfolgs ab. Weitere beliebte Darstellungen waren zum Beispiel ein einfahrender Zug, oder die Radiologie als Schnittstelle zwischen Magie und Medizin: Der durchsichtige Mensch wird gleichermassen zum untoten Gerippe, zum umgekehrten Memento Mori seiner Zeit. Die verblüffende, übermenschliche Dimension der technischen Errungenschaften liess sich nun gewissermassen virtuell-visuell bekräftigen und verewigen.

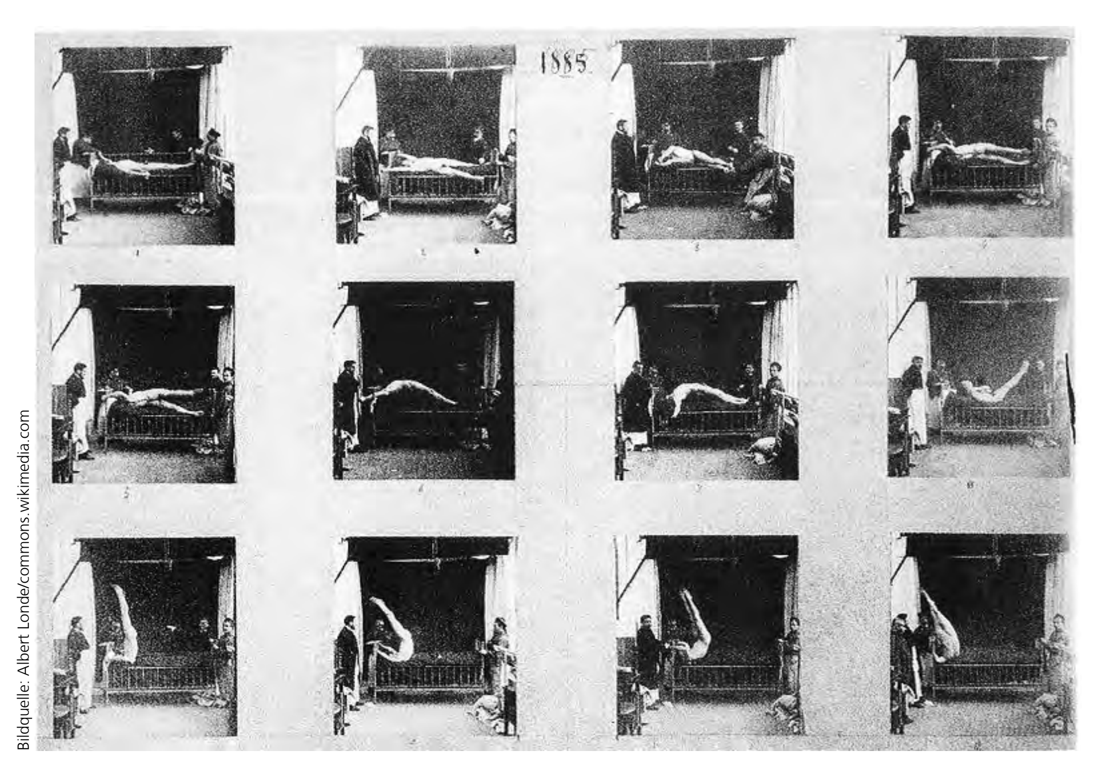
Die nicht weniger überwältigende Kraft der bewegten Bilder selbst faszinierte auch Pioniere des Unterhaltungskinos wie Georges Méliès. Die Vorführung der Brüder Lumière veranlasste ihn dazu, sein wenig lukratives Theater zum Kino umzurüsten und selbst zu filmen. Zwischen 1896–1912 produzierte er in Frankreichs erstem Filmstudio über 500 Filme verschiedener Genres. Bekannt ist er vor allem für seine *Féeries* – eine damals sehr beliebte Theatergattung, die märchenhaften Stoff zum Anlass nahm, viel Kostüm, Effekt und Trick auf der Bühne einzusetzen. Méliès führte dies über in den narrativen Film und benutzte das Medium in diesem Sinne als Erster, um magische und übernatürlich Szenen darzustellen. Sein wohl bekanntester Film ist *Le Voyage dans la Lune* (1902), nach einer Vorlage von Jules Verne. Das erste Bild zeigt eine Gruppe Gelehrter in einem mittelalterlichen Vorlesungsaal voller astronomischer Apparate. Man plant eine Mondmission. Die in ihren Talaren etwas clownesk anmutenden Wissenschaftler gehen über ins zweite Bild, um nun vor der Kulisse einer modernen Fabrik an einer Rakete zu bauen. Auf den Dächern der Stadt schmauchen die Schornsteine. Die Rakete, ein gigantisches Projektil, wird per Kanone zum Mond gefeuert. Nachdem die Wissenschaftler die verzauberte Mondwelt erkundet haben, die sich als unberührte Natur mit primitiver Bevölkerung entpuppt, wird sich zurück zur zivilisierten Erde gerettet, um nun mit Orden behangen zu werden und einen gefangenen Mondbewohner vorzuführen. Am Ende tanzen Wissenschaftler und Assistentinnen in knappen Kostümen um eine Statue, die eher einem Zauberer als einem Gelehrten gleicht. Diese Persiflage auf die Magie des Fortschritts zeigt, wie naheliegend Vergleiche mit Alchemie, Mystizismus und Pseudowissenschaften wohl in Anbetracht all der umwälzenden Entwicklungen der Zeit lagen (vgl. Frankenstein).

Man konnte dem Film als Zeitvertreib durchaus eine Tendenz zur Effekthascherei und Zirkusklamauk unterstellen. So ging es Freud mit dem Kino, ihn vermochte es nur als unterhaltsame Spielerei zu beeindrucken (belegt z. B. in einem Brief aus Rom 1907 an seine Familie, vgl. Karl Sierek in Jaspers & Unterberger 2006, S. 44.), was angesichts der vermeintlichen Macht des Films, surreale Traumwelten abbilden zu können und durch Montage und Effekte auch Gedankensprünge und innere Welten eines Charakters darzustellen, vielleicht im ersten Moment überraschen mag. Wäre der Film nicht das ideale Medium, Freuds Idee des Unbewussten, des freien Assoziierens – die augenscheinlichen Grundpfeiler der Psychoanalyse – abzubilden? Später wird er über *Die Traumdeutung* (1900), schreiben, der entscheidende Einfall, dass der Traum der Schlüssel sei, sei ihm 1895 gekommen, dem Jahr der ersten Filmvorführungen in Europa (1895 in Berlin und Paris, 1896 in Wien). Allerdings lehnte er zeitlebens den Film als Medium zur Vermittlung seiner Theorien ab. So schlug er Angebote von Samuel Goldwyn und Georg Wilhelm Pabst (*Geheimnisse einer Seele* (1926)), in Filmen über die Psychotherapie mitzuwirken, mehrfach entschieden aus (vgl. Horst Bredekamp in Jaspers & Unterberger 2006, S. 36.). Dies hinderte allerdings weder Regisseure noch Theoretiker daran, Kino und Analyse einander näher zu bringen.

Kamera und Film im Sinne neuster Technologie erfreuten sich allerdings unter den meisten Medizinern als Werkzeug grosser Beliebtheit. Im ausgehenden 19. Jahrhundert wurde die medientechnisch ausgerüstete Klinik zur Normalität. Serienfotographie, Chronofotografie und Kinematografie konkurrierten um die Vorherrschaft als Ergänzung zu den schriftlichen Fallprotokollen. Zahlreiche psychiatrische und neurologische Kliniken in Europa – allen voran die Pariser Salpêtrière unter Jean-Martin Charcot (ein späterer Lehrer Freuds) – richteten fotografische Laboratorien und Bildarchive ein. Der beobachtende Blick des Spezialisten wurde dem neutral aufzeichnenden Apparat untergeordnet. Vor allem der hysterische Körper mit den symptomatischen Bewegungsabläufen schien ein geeignetes Forschungsobjekt für die Chronofotografie (die fotografische Dokumentation von Bewegungen oder Prozessen). So entstanden sogenannte sprechende Portraits, die pathologischen Fällen individuell zugeordnet und deren Symptome handschriftlich dokumentiert wurden. Die Bilder genossen ein hohes Ansehen in Fachkreisen und das Pariser Modell des pathologischen Bildarchivs wurde rasch zum festen Bestandteil medizinischer Forschung und Lehre (vgl. Reichert, 2006, Das Kino in der Klinik. Medientechniken des Unbewussten um 1900, in Jaspers & Unterberger, 2006).

Auch wenn es Charcots Bestreben war, mit Hilfe der Filme den Vorwurf zu entkräften, die Hysterie der Frau sei vorgetäuschtes Theater, so konnten die klinischen Aufnahmen laut Ramón Reichert die Nähe zu Unterhaltungskulturen wie Theater, Varieté, Jahrmarkt und Völkerschau nicht leugnen, bedienten sie sich doch der Stilmittel filmischer Dramaturgie und Narration und blieben so letztlich künstliche Inszenierungen eines wissenschaftlichen Inhalts. Dies änderte sich erstmals mit den Filmen des italienischen Neurologen Camillo Negro, welche Hysterie, Parkinson und Epilepsie zum Inhalt hatten und ein neues Genre begründeten: den Lehrfilm. Im Gegensatz zum Studienfilm ging es hier weniger um Diagnostikkriterien als um die möglichst anschauliche Erzählung eines pathologischen Symptoms im filmischen Setting. Neben pädagogischer Stilmittel finden sich Zitate explizit erotischer Spielfilme der Zeit in *La Neuropathologia* (1908) – wohl, um den Film für männliche Betrachter unterhaltsamer zu gestalten. Auch die zehn 1898 entstandenen Kurzfilme von Albert Londe unterstreichen die Künstlichkeit der Inszenierung von vier idealtypischen Phasen des hysterischen Anfalls (epileptoide Phase, Possenphase, Clownismus, die Phase der leidenschaftlichen Gebärden und die Endphase), die pünktlich für den Kinematographen von Charcots Patientinnen dargeboten wurden (Reichert, 2006).

Um 1900 war der Kinematograph als Mittel zur Aufzeichnung in zahlreichen Nervenkliniken Europas selbstverständlich geworden. In wissenschaftlichen Publikationen fanden Filmaufnahmen jedoch selten Verwendung. Ausnahmen bilden Georges Marinesco, der das Medium getreu eines physiopathologischen Ansatzes als naturwissenschaftliches Verfahren einsetzte und in acht Aufsätzen zwischen 1899 und 1902 entsprechend *film stills* abbildete, um seine Thesen nicht nur zu illustrieren, sondern zu belegen und Arthur Van Gehuchten, der seit 1905 einen umfangreichen filmischen Atlas angelegt hatte und 1907 einen Filmstreifen als Nachweis pathologischer Bewegungsabläufe im Rahmen eines Fachartikels publizierte (Reichert, 2006).



Bildquelle: Albert Londe/commons.wikimedia.com

Verrückt nach Film? Adressen in Zürich fernab des Blockbuster-Kinos.

Themenkino in Zürich hat Tradition: Die *Arthouse Kinos* haben sich dem qualitativen Studiofilm verschrieben, das *filmpodium* bietet Programmkino in Form von Themenschwerpunkten und Vermittlung des Films als Kunstform, im Herbst beherrscht das Filmfestival die Kinos. Für Studenten erschwinglich lockt am Campus die *Filmstelle der ETH* jeden Dienstag während des Semesters: Klassiker, Dokumentationen und Autorenfilme zu einem Themenkomplex bilden das Programm (vergangene Zyklen: manipulierte Realitäten, Aussenseiter, Drugged up Reality, etc.). Eine vertiefte Auseinandersetzung und anregende Diskussion bieten die Vorführungen des Vereins *Cinépassion*: An zehn Samstagen im Jahr werden ausgewählte Spielfilme im Zürcher Arthouse Kino Movie gezeigt und anschliessend von PsychoanalytikerInnen kommentiert und mit dem Publikum diskutiert. Die nächste Vorstellung findet am 28. September 2013 statt, mit anschliessender Buchvernissage von *Cinépassion reloaded – eine psychoanalytische Filmrevue*, Psychosozial Verlag.

Die Krise der Wahrnehmung und das optisch Unbewusste: Siegeszug des Films als Medium

Mit der zunehmenden Differenzierung des Films in Gattungen und der Fortschritte der Technik in allen Bereichen entfernten sich klinische Bildgebung und Kino immer weiter voneinander. Der Lehrfilm und die Aufnahme von Prozessen fanden ihren Platz in der psychologischen Forschung; gleichzeitig wurde das Kino komplexer und psychologischer: Von den Anfängen im Stummfilm und Zeichentrick, in denen die Figuren oft überzeichnet und die Emotionen drastisch erscheinen, über die goldene Hollywoodära des amerikanischen Studiokinos mit Happyend erweitert sich das Spektrum der Erzähltechniken und Genres. Jeder Spielfilm bietet Raum für Analysen, doch manche Stilarten spielen direkt und explizit mit der psychologischen Komponente: Der Film Noir verlegt die Emotionen aus den Handelnden in die Szenerie, der Autorenfilm spiegelt die Handschrift des Regisseurs wider. In Animationen scheint alles möglich, nichts ist zu verrückt, gewalttätig oder absurd, als dass es nicht dargestellt werden könnte. Die «psychologische Prosa» schreibt Alfred Döblin, Schriftsteller und Neurologe, 1913, würde der «Krise der Wahrnehmung» des Menschen in einer industrialisierten Metropole nicht mehr gerecht werden. In seinem *Berliner Programm* betont er den Vorzug der Psychiatrie gegenüber der Psychologie: Das objektive Messen und vor allem der Kinostil werde «der ungeheuren Menge des Geformten» eher gerecht. Wo Freud also das Ideal vermisste, gesteht Döblin dem Filmischen seine Aktualität und Brisanz zu. In diese Zeit der schnellen Entwicklungen gehört ein ebensolches Medium. Rund zwanzig Jahre später, 1931, spricht Walter Benjamin zum ersten Mal vom «Optisch-Unbewussten», der visuellen Dimension der materiellen Welt, die sich nur durch die technische Erweiterung der Wahrnehmung, wie man sie durch Zeitlupe und Vergrösserung erreiche, sichtbar machen lasse. Auch Sigfried Gideon spreche in *Die Herrschaft der Mechanisierung (1948)* von einem «unsichtbaren Gebiet», welches nur mit Zeitlupe, Zeitraffer, Makro- Mikro und Röntgenaufnahme sichtbar gemacht werden könne, so Reichert. Die Nähe von Film und Wissenschaft wird hier durch das Betonen der Sinneserweiterung deutlich: Nicht die Themen sind eine neue Errungenschaft, sondern die technische Umsetzung. Prozesse, die dem Auge sonst verborgen waren, treten nun zu Tage und werden wortwörtlich objektiv fassbar (vgl. Reichert, 2006). Heute ist nahezu jeder Bildschirm mehr denn je Träger eines Mediums mit hohem Realitätsbezug; eine Referenz, aus der kulturelles Wissen unserer Zeit geschöpft werden kann. Wo Dokumentationen und Nachrichten (bzw. Handyvideos) objektive Einblicke bieten, stellt der Spielfilm (oder die Serie) das Medium dar, das über eine künstliche, fantastische Vorstellung eine affektive, persönliche Reaktion auslöst. Somit stellt sich die Frage, welche Auswirkungen die Darstellungen von Therapie und Therapeuten im Film auf Erwartungen des Zuschauers bezüglich der Realität haben.

Die Bösen tragen keine Brillen: Stereotypen von Psychologen im Spielfilm und Erklärungsansätze aus der Forschung

Wie Psychologen (und insbesondere Psychotherapeuten) im Film dargestellt werden, untersucht beispielsweise Silvia Herb in *Psychoanalytiker im Spielfilm. Mediale Darstellungen einer Profession* (2012). Das wissenschaftsliterarische Interesse am Thema zeige sich in den 1940ern noch in eher essayistischen Texten und verlaufe zyklisch mit einer zweiten Publikationswelle in den 1980ern und einer weiteren in den 2000ern (Herb, 2012). Irving Schneider analysierte 1985 in einer empirischen Untersuchung 207 US-Amerikanische Spielfilme und leitete daraus drei bereits für die frühe Filmgeschichte charakteristische Typen des Psychiaters ab: *Dr. Dippy* in 35%, *Dr. Evil* in 15% und *Dr. Wonderful* in 22% aller untersuchten Filme. Es verwundert nicht, dass die Sicht auf den Therapeuten zwischen Idiot, Bösewicht oder perfektem Held über die Jahrzehnte schwankt. *Dr. Dippy*, der Slapstick-Charakter und als ältester Prototyp dem Stummfilm entwachsen, versucht sich tölpelhaft und ungeschickt an skurrilen Heilungsmethoden, die selten den Patienten schädigen, ihm aber auch nicht weiterhelfen. In den 30er-Jahren dominiert *Dr. Evil*, der dem Mad-Scientist entspricht. Er tritt böswillig, kontrollierend und perfide auf und möchte den Patienten absichtlich krank machen oder unangenehmen Behandlungsmethoden unterziehen. Dem tritt in den 1940er und 1950er-Jahren der Gutmensch *Dr. Wonderful* entgegen, der einfach alles richtig macht; genial und doch menschlich ist, mit einem perfekten Einfühlungsvermögen und einem untrüglichen Gespür für verdrängte Traumata (Schneider, 1985). Dieser Stereotyp wird als Folge der positiven Erfahrungen von Veteranen mit Therapeuten nach dem Zweiten Weltkrieg gesehen. Dieses goldene Zeitalter der Psychotherapiedarstellungen von 1957–1963 ende wohl aufgrund der Expertenkritikerdebatte, die Mitte der 1960er-Jahre als ernüchterte Reaktion auf die Euphorie der 50er folgte. Professionalisierung wird kritischer gesehen und insbesondere die Psychiatrie steht unter dem Verdacht, potenzielles Unterdrückungsinstrument eines repressiven Systems zu sein, das individuelle Pathologisierung nutzt, um gesellschaftliche Missstände zu übertünchen (Gabbard & Gabbard, 1987; 1999). Die negativen Implikationen kulminieren in den Filmen der 1970-80er: *One flew over the Coocko's Nest* (1975), *Nuts* (1987), *Dressed to Kill* (1980) und *Ordinary People* (1980), sind Beispiele für drastische Gegenentwürfe zu den Göttern in Weiss, gefolgt von einer eher komödiantischen Verarbeitung in den folgenden Jahren (*What About Bob* (1991), *Analyze This* (1999)), so Herb.


Bildquelle: «Einer flog über das Kuckucksnest»/WARNER

Für die Zeit zwischen 1980 und 2005 sieht Herb die Leistungsrolle des Psychotherapeuten im US-Amerikanischen Spielfilm wieder vielfältiger. Dabei scheinen für sie die Konflikte zwischen Gut und Böse in drei Themenfeldern besonders deutlich zu sein: Die *Expertise des Therapeuten zwischen Wissen und Macht*. Eine potenziell stigmatisierende Diagnose oder Einweisung hätten die Exklusion aus der Gesellschaft zur Folge. Im Kontext der Professionalisierungskritik besteht hier also die Gefahr, dass menschliches Versagen oder böswillige Grenzüberschreitung den Patienten dem Spezialisten hilflos ausgeliefert überlassen (vgl. dazu auch *Side Effects* (2013)). Das zweite Feld, *Empathie zwischen sozialer Ähnlichkeit und Distanz*, bezieht sich auf einen Konflikt, der sich in der Realität laut Herb nicht bestätigen lässt: In Filmen äussern die Klienten eher Kritik an dem Therapeuten, wenn er sich durch eine bessere soziale Stellung «nicht einfühlen könne». Der letzte Themenkomplex, *Interaktion bezüglich Nähe und Distanz*, beschäftigt sich mit der therapeutischen Beziehung zwischen notwendiger Vertrautheit und unangemessener Intimität: Im Film erscheinen Therapeuten ihren Emotionen hilflos ausgeliefert, können sich nicht abgrenzen und gehen gar Liebesbeziehungen zu ihren Patienten ein. Speziell dieser Fall wird von vielen Autoren als Missverständnis der Übertragungsbeziehung wie auch als hollywoodeskes *Love-conquers-all*-Prinzip verstanden, das davon ausgeht, dass die Liebe jedes Problem schliesslich beseitigen kann – die Liebenden werden unterstützt und bestätigt. Für die reale Therapie stellten gerade besonders positive, einfache Problemlösungen eine Herausforderung dar, da Patienten möglicherweise mit von solchen Bildern genährten Erwartungen an eine Therapie herantreten könnten, nur um enttäuscht festzustellen, dass es weder Prince Charming noch die einfache Therapie in zehn Schritten gibt. (vgl. Herb, 2012).

Was allen psychologisch-psychoanalytischen Forschungsansätzen zum Thema Film und Therapie gemein ist, ist einerseits die Einordnung der Darstellungen in *falsche* und *verzerrte* Darstellungen der Profession – so weit im Sinne eines Realitätsvergleichs vertretbar – wobei Silvia Herb anmerkt, dass die Soziologie diesen Bewertungen einen zusätzlichen Realitätsbezug verschaffen kann. Konkret zeigt sich beispielsweise, dass die Machtverhältnisse in der professionellen Beziehung zwischen Therapeut und Klient auch in der Realität einem Gefälle entsprechen, das missbraucht werden kann. Angesichts der wenigen Fälle, in denen sich derartige Übergriffe tatsächlich ereignet haben, eine begründete Sorge? Nach Erklärungen für die stereotypen Fehldarstellungen suchen viele Forscher in einem zweiten Schritt im Sinne psychologischer Ursachen: Es sei eine versteckte Angst im Spiel, liest man da nur zu oft. Angst vor der Übermacht des vermeintlich allwissenden Therapeuten. Angst vor Grenzüberschreitungen, Angst vor Machtmissbrauch. Daher werde die Profession verzerrt dargestellt, ins Lächerliche gezogen oder im Extrem überzeichnet.

Reality of the Screen is more real than reality itself. Film als metaphysische Erkenntnis

Angst kann aber auch Spass machen. Erstaunlicherweise spielt keiner der Autoren mit dem Gedanken, dass der Betrachter sich durchaus mit dem Therapeuten identifizieren könnte. Mit dem schusseligen, tollpatschigen Analytiker oder eben: Dem Bösen. Wenn man an Dr. Mabuse (die Titelfigur des internationalen Stummfilmerfolgs von Fritz Lang 1922, basierend auf Norbert Jacques Romanvorlage) denkt – ein genialer Ganove, keiner kann seiner Hypnose widerstehen, er maskiert sich perfekt, verkörpert den Antistaat, lebt nur nach seinen eigenen Regeln. Ein Mann mit tausend Gesichtern – ist das denn nicht ein narzisstischer Wunschtraum? Mabuse wurde von Kritikern mit Nietzsches Übermensch gleichgesetzt und er verkörpere den Zeitgeist der Weimarer Republik, ihre Abgründe: Spielhölle, Nachtlokale, Anarchie und Prostitution – man denke an Otto Dix Tryptichon *Großstadt* (1927/28). Soweit, so amoralisch. Doch warum sollte sich der Betrachter angstvoll und ehrfürchtig vor dem Schrecken verstecken, wo man doch gerade im Kino die Möglichkeit hat, sich mit jeder Rolle zu identifizieren? Eben darin besteht die einmalige Freiheit, welche die Fiktion bietet, wie Žižek hervorhebt, wenn er von einer Ebene über der Realität spricht. Er geht davon aus, dass der Fehler, den wir heute oft in der Auseinandersetzung mit visuellen Fiktionen begehen, der ist, dass wir sie nicht ernst genug nehmen. Auch er lehnt die Deutung des Betrachters als schwache, ängstliche Person ab, wenn er schreibt:

«For example, people who play video games, they adopt a screen persona of a sadist, rapist, whatever. The idea is, in reality I'm a weak person, so in order to supplement my real life weakness, I adopt the false image of a strong, sexually promiscuous person, and so on and so on. So this would be the naïve reading... But what if we read it in the opposite way? That this strong, brutal rapist, whatever, identity is my true self. In the sense that this is the psychic truth of myself and that in real life, because of social constraints and so on, I'm not able to enact it. So that, precisely because I think it's only a game, it's only a persona, a self-image I adopt in virtual space, I can be there much more truthful. I can enact there an identity which is much closer to my true self.» (The Pervert's Guide to Cinema (2006)).

Die Magie des Kinos wäre demnach der starke emotionale Glaube an diese Illusion; die Fähigkeit, sich in die Fiktion einzufühlen, obwohl die Virtualität des Gezeigten durch das Medium selbst klar gegeben ist: Nichts auf der Leinwand ist real und dennoch ist es eine reale Illusion, der wir erliegen, wenn wir fasziniert sind von den imaginären Charakteren, ihren plotdienlichen Handlungen, ihren vorgespielten Emotionen.

> *«Ich kann mich gar nicht mehr in Spielfilmfiguren einfühlen, seit ich vor allem Serien schaue; es kommt mir so vor, als würde es sich gar nicht lohnen, diese Figuren näher kennenzulernen, wo wir ja nur 90 Minuten zusammen verbringen werden.» (Studentin), «Immer, wenn die neue Staffel beginnt, werde ich ganz manisch und fange an zu spekulieren und lese Kritiken und Hypothesen zu jeder neuen Folge.» (Filmwissenschaftlerin).*

Diese beiden Zitate illustrieren die Kraft, die von der Illusion einer menschlichen Beziehung im Film ausgehen kann. Noch stärker als ein Film kann die Serie eine Anhängerschaft an sich binden; die Charaktere werden diskutiert – diese Art parallele Realität bildet nicht nur eine Spielfläche für persönliche Involviertheit, sondern auch einen gemeinsamen Hintergrund. Erinnerungen, die das internationale Publikum verbinden; Charaktere werden zu gemeinsamen Bekannten, die zum Gesprächsthema und so zu Erzählungen in sozialem Kontext fernab des Kinos werden – in diesem Sinne tatsächlich nicht von real existierenden Personen zu unterscheiden. *In Treatment (2008)*, macht sich das Potenzial der Daily Soap zu Nutze: Jede Episode ist einem Klientengespräch gewidmet, im Abstand einer Woche, immer zur selben Zeit. Therapeut Dr. Paul Weston (Gabriel Byrne) führt für 25 Minuten das Patientengespräch, der Dialog trägt die Sendung.

Es ist dieser dialogbasierte Zugang, der einerseits eine moderne Psychotherapie auszeichnet, andererseits könnte auch das der Zugang zum Thema Therapie im Film sein: Die Modelle und sogar Extreme in der Fiktion können im besten Fall Anlass bieten, ein offenes Gespräch einzuleiten – in der Therapie wie auch in der Forschung zwisachen Wissenschaft, Gesellschaft und Medien. Die Leinwand kann eine Projektionsfläche sein, auch für reale Innovationen. ■

Zum Weiterlesen

Jaspers K., & Unterberger W. (Hg.) (2006). *Kino im Kopf. Psychologie und Film seit Sigmund Freud.* Berlin: Bertz und Fischer.

Herb, S. (2012). *Psychoanalytiker im Spielfilm. Mediale Darstellungen einer Profession.* Giessen: Psychosozial-Verlag.

Gabbard, G. O., & Gabbard, K. (1999). *Psychiatry and the cinema* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press.

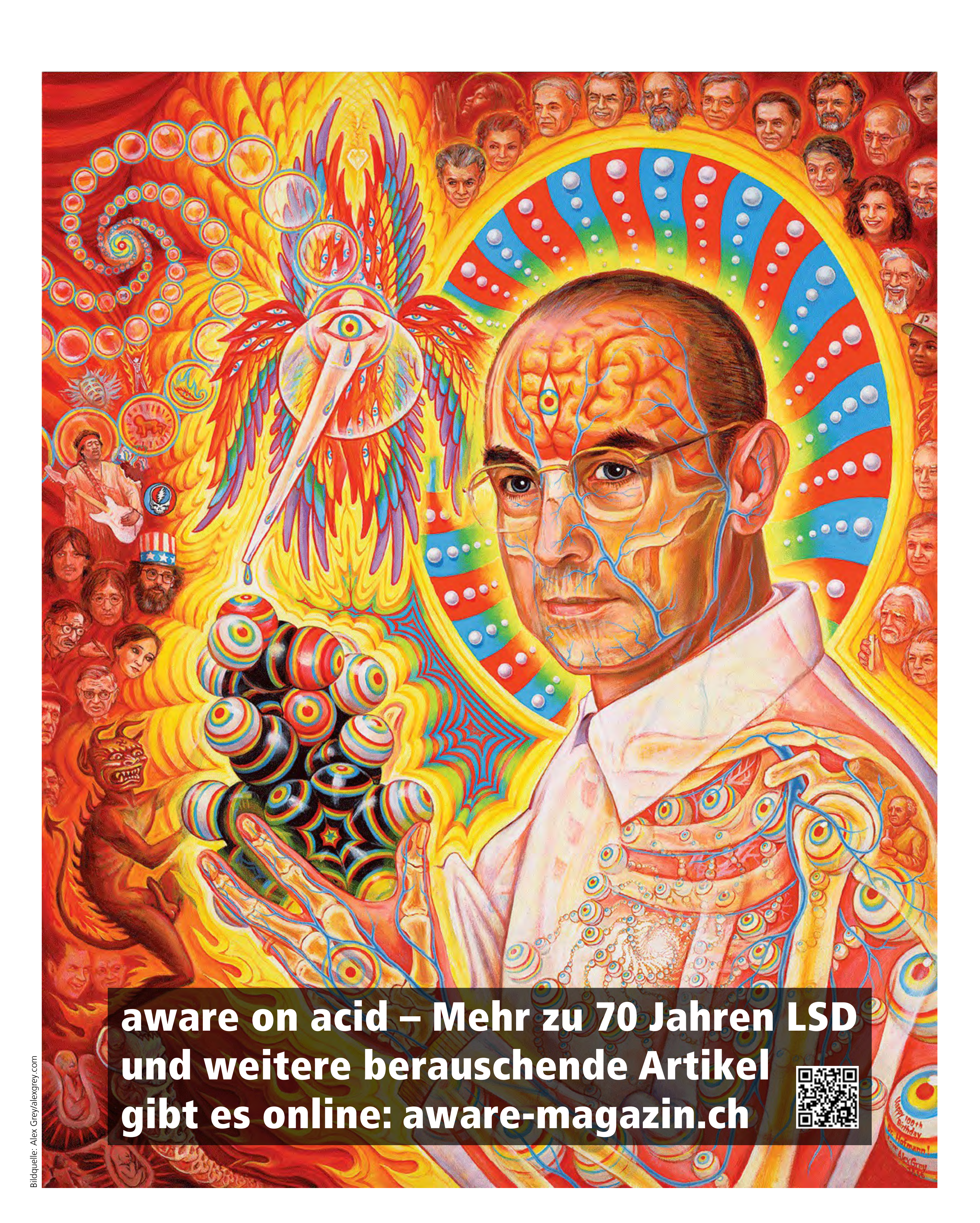
Strauss, B. (2011): In Treatment. Öffentliche Psychotherapie in Film und Fernsehen. *Psychotherapeut* , *56*, 153–161.

Orchowski, L. M., Spickard, B. A., & McNamara, J. R. (2006). Cinema and the Valuing of Psychotherapy: Implications for Clinical Practice. *Professional Psychology: Research and Practice, 37*(5), 506–514.

Krause, M., & Pethes, N. (Hg.) (2007): Mr. Münsterberg und Dr. Hyde: Zur Filmgeschichte des Menschenexperiments. Bielefeld: transcript Verlag.

Schönpflug, W. (2004): *Geschichte und Systematik der Psychologie. Ein Lehrbuch für das Grundstudium.*(2nd ed.). Weinhem, Basel: Beltz Verlag.

Klein, H-D. (Hg.) (2005): *Der Begriff der Seele in der Philosophiegeschichte.* Würzburg: Königshausen & Neumann.



Bildquelle: Alex Grey/alexgrey.com

Warum Schönheit schön ist

Über Ästhetikempfinden

Was empfinden wir, wenn wir etwas «Schönes» wahrnehmen? Was sind «Ästhetische Emotionen», was verursacht sie und wie lassen sie sich erklären? – Mögliche Antworten könnten Erkenntnisse aus der psychologischen Ästhetik und der Neuroästhetik liefern.

Von Kristin Möllering

Seit Anfang des 18. Jahrhunderts hat man den wissenschaftlichen Gegenstandsbereich der Ästhetik als «Frage nach dem Schönen und von der Kunst» definiert. Diese Kontextualisierung deckt sich mit unserer Alltagssprache: Der Ausdruck «ästhetisch» wird häufig als Synonym für die Begriffe «schön», «wohlgefällig» und «angenehm» verwendet. Gegenständliche Bezugspunkte des so bezeichneten Ästhetischen können unterschiedlichster Art sein: Ein Gemälde, ein Musikstück, oder Gegenstände der Alltagswelt, wie ein schmackhaft zubereitetes Gericht oder eine hochwertig gestaltete Espressotasse. Diese eindimensionale Definition wurde vor allem mit dem Aufkommen der modernen Kunst, der es nicht länger ausschließlich auf die Darstellung von «schönen» bzw. «angenehmen» Konzepten ankam, in Frage gestellt.

Neuorientierung des Ästhetikbegriffs

Fundamentale Kritik an dem Kunst- und Ästhetikbegriff vergangener Epochen (beispielsweise durch den Philosophen Theodor Adorno in der Mitte des 20. Jahrhunderts) verwiesen auf die Notwendigkeit einer Neuorientierung des Ästhetikbegriffs: Eine Identifikation des Ästhetischen mit dem «Schönen» bzw. dem «Künstlerischen» konnte den tatsächlich relevanten Kern der Wissenschaft nicht vollständig erfassen. An diese Stelle trat die bis heute gültige Interpretation der Ästhetik als «Wissenschaft von der sinnlichen Erfahrung» und öffnete damit den Ästhetikbegriff für Sinneserfahrungen im Allgemeinen und nicht nur auf der Ebene künstlerischer Kulturprodukte. Mit der proklamierten «Allgegenwart des Ästhetischen» konnte somit jedes Objekt unserer Umwelt Gegenstand ästhetische Empfindung werden, sodass sich die Frage stellt: Was ist das charakteristische Wesen von ästhetischen Empfindungen, wodurch werden diese hervorgerufen und was differenziert sie von gewöhnlichen bzw. unästhetischen Erlebniszuständen? Der Philosoph Hans-Georg Gadamer bemerkte in seinem Aufsatz *Ästhetik und Hermeneutik* von 1964 dazu folgendes: «Die Vertrautheit, mit der das Kunstwerk uns anrührt, ist zugleich und auf rätselhafte Weise Erschütterung und Einsturz des Gewohnten». Gadamer verweist damit auf das Charakteristikum des Ästhetischen: Es ist eine sonderbare Betroffenheit durch die Art und Weise, wie sich ein ästhetisches Objekt aus einem alltäglichen Kontext und einer gewohnten Szenerie hervorhebt und die routinierten Strukturen unseres Wahrnehmens, Denken und Handelns durchbricht.

Ästhetische Psychologie

Welche emotionalen und kognitiven Wirkungen werden durch die Wahrnehmung des «Ästhetischen» ausgelöst? Dies ist der Forschungsgegenstand der Ästhetischen Psychologie. Die oben erläuterte Interpretation der Ästhetik als «Wissenschaft von der sinnlichen Erfahrung» bietet einen ersten Anknüpfungspunkt zwischen Ästhetik und Psychologie. Ein zentrales Themengebiet der Psychologie stellt die Sinneserfahrung in all ihrer Komplexität dar. So liegt es nahe, naturwissenschaftliche und experimentelle Forschungsmethoden auf das Paradigma ästhetischer Wahrnehmung zu übertragen. Als «Wissenschaft vom Erleben und Verhalten» konzentriert sich die Psychologie auf die mentalen und affektiven Prozesse bei der Wahrnehmung ästhetischer Objekte.

Der Philosoph David Hume postuliert in seinem Essay *Of the Standard of Taste* von 1757: «Schönheit ist keine Eigenschaft an den Dingen selbst. Sie existiert nur im Bewusstsein des Betrachters, und jedes Bewusstsein nimmt eine unterschiedliche Schönheit wahr.» Damit verweist Hume nicht nur auf die Wichtigkeit der internalen Wahrnehmungsprozesse in der Ästhetik, sondern auch auf ihren subjektivistischen Charakter. Jedoch würde die Annahme völliger Subjektivität ästhetischer Empfindungen die psychologische Erforschung ebendieser von vornherein ad absurdum führen: Denn als empirische Wissenschaft ist die Psychologie an der Aufdeckung von objektiven, universell gültigen Aussagen interessiert. Zöge man sich auf die Grundannahme zurück, dass ästhetische Erfahrungen rein subjektive und hochindividualisierte Prozesse sind, würde man von Anfang an die überhaupt erst zu untersuchenden Regelhaftigkeiten und Gesetzmäßigkeiten in ästhetischen Urteilen verneinen und jeglichen Forschungsfragen ihre hypothesenbasierte Grundlage entziehen. Vertreter der ästhetischen Psychologie sind folglich (per definitionem) nie von der völligen Subjektivität ästhetischer Empfindungen ausgegangen. Vielmehr erforschen sie die allgemeinen (und eher objektivistischen als subjektivistischen) Prinzipien der ästhetischen Wahrnehmung.

Ästhetische Emotionen und ihr multidimensionaler Charakter

Welchen qualitativen Charakter haben die emotionalen und kognitiven Prozesse bei der Wahrnehmung ästhetischer Reize? Welche Facetten und Dimensionen können ästhetische Emotionen annehmen? Bisher haben sich nur wenige Studien des multidimensionalen Charakters ästhetischer Emotionen angenommen. Oftmals begrenzen sie sich lediglich auf die Dichotomien: schön/unschön, angenehm/unangenehn oder positiv/negativ – damit wird der Bereich der ästhetischen Urteile und Empfindungen jedoch nur eindimensional abgedeckt, auf weiterführende Aussagen, die den komplexen Charakter ästhetischer Erfahrungen widerspiegeln könnten, wird damit zwangsläufig verzichtet. Aus theoretischer Perspektive wäre ebenso das Auftreten von ungewöhnlichen Emotionen wie Interesse, Überraschung, Ekel, Verwirrung und Wut denkbar. Hinweise auf eine Multidimensionalität ästhetischer Empfindungen geben bisher nur wenige empirische Studien (z. B. Silvia & Brown, 2007; Cooper & Silvia, 2009). Beiträge der ästhetischen Psychologie beziehen sich dabei



Bildquelle: Raphael (1483–1520)/commons.wikimedia.com

überwiegend auf den Bereich der visuellen bildenden Kunst und basieren auf der Reizgrundlage von Gemälden. Diese scheinen insbesondere deshalb eine geeignete Grundlage für psychologische Forschungsparadigmen zu sein, da sie statisch sind und sich nicht im Zeitablauf entfalten. Im Folgenden sollen einige, auf den ersten Blick eher ungewöhnlich erscheinende, ästhetische Emotionen kurz umrissen werden.

Interesse

Ein als «interessant» beurteilter Gegenstand weist einerseits die Eigenschaft auf, neu, komplex und unvertraut zu sein, andererseits sollte er für den Rezipienten verständlich sein (Silvia, 2007). Der Unterschied zum konventionellen ästhetischen Gefühl des «Wohlgefallens» (engl.: «pleasingness») besteht darin, dass Interesse eher in Verbindung mit physiologischen Aktivierungszuständen und dem Verlangen nach näherer Erkundung des Gegenstandes steht. In empirischen Studien konnte gezeigt werden, dass Interesse ein stärkerer Prädiktor für die Betrachtungszeit von visuellen Stimuli ist als reines Wohlgefallen (Silvia, 2006). In emotionstheoretischer Hinsicht dient Interesse primär der Erweiterung von Wissen – es motiviert Denken, Lernen, und Erkundungs-verhalten.

Überraschung

Nur wenige Studien haben bisher Überraschung im Kontext von ästhetischen Empfindungen untersucht. Eine dieser Studien (Ludden et al., 2008) betrachtete die Erfahrung von Überraschung während der Interaktion mit Konsumprodukten und ergab, dass Produktdesigner Überraschung durch sensorische Inkongruenz (z. B. durch einen Konflikt zwischen der Art, wie ein Objekt visuell gestaltet ist und seiner haptischen, auditiven oder olfaktorischen Beschaffenheit) erzeugen können. Diese Überraschung motiviert dazu, das Objekt zu erkunden. Infolgedessen kann der Zustand in eine emotionale Erfahrung von Interesse, Begeisterung oder Enttäuschung übergehen.

Wut und Ekel

Wut und Ekel sind wohl die ungewöhnlichsten Emotionen, die man mit dem Begriff Ästhetik assoziieren würde. In Anbetracht der langen Geschichte künstlerischer Zensur und kultureller Unterdrückung verwundert dies jedoch. Einige

Studien (Silvia & Brown, 2007; Cooper & Silvia, 2009) widmeten sich der Frage, welche Prozesse zu Gefühlen von Wut und Ekel bei der Rezeption von Kunst führen: Probanden betrachteten eine große Anzahl von Werken der modernen Malerei und Photographie und beurteilten jedes in puncto «empfundene Wut» bzw. «Ekel» und danach, ob sie es als unvereinbar mit ihren eigenen Wertvorstellungen bzw. als unangenehm oder als anstössig empfanden. Folgender Zusammenhang konnte gefunden werden: Wird das Kunstwerk als unvereinbar mit den eigenen moralischen Werten und zudem als anstößig bewertet, empfanden die Probanden mehrheitlich Wut; wird das Kunstwerk als unvereinbar mit den eigenen moralischen Werten und zudem als unangenehm bewertet, empfanden die Probanden hingegen mehrheitlich Ekel. Die genannten Ergebnisse verdeutlichen die Notwendigkeit, das Konzept ästhetischer Emotionen möglichst facettenreich und multidimensional zu verstehen – jegliche Forschungsbemühungen, die diesen Aspekt ignorieren, drohen bereits in ihrem Ansatz zu scheitern.

Neuroästhetik

Vor diesen Hintergrund wird im Folgenden die noch sehr junge Wissenschaftsdisziplin der Neuroästhetik vorgestellt. Mit dem Ziel, neuronale und zum Teil evolutionspsychologische Fundamente des Ästhetikempfindens zu untersuchen, kamen neuroästhetische Studien bisher zu dem Ergebnis, dass ästhetische Emotionen mit der Aktivierung des neuronalen Belohnungssystems einhergehen (Chatterjee, 2011). Bildgebende fMRI-Studien verweisen dabei vor allem auf die wichtige Rolle des Nucleus accumbens, des ventralen Striatums, der Amygdala und des orbitofrontalen Cortex – dies sind Hirnareale, die generell mit dem menschlichen Glücks- und Genussempfinden assoziiert sind. Wichtig für die Interpretation dieser Resultate ist die Berücksichtigung des folgenden Forschungsparadigmas, das den meisten dieser neuroästhetischen Studien zu Grunde liegt: Während die Hirnaktivitäten der Testpersonen mittels bildgebender Verfahren (fMRI, PET usw.) beobachtet werden, sollen sie verschiedenste visuelle Stimuli (oftmals Gemälde unterschiedlicher Kunstgattungen) auf einer Skala von schön bis hässlich oder angenehm bis unangenehm beurteilen. Jedoch bedingt die alleinige Berücksichtigung des «Konzepts der Schönheit» als entscheidendes Element für ästhetische Emotionen eine unzulässige Begrenzung des Forschungsgegenstandes und verfehlt somit ihr eigentliches Ziel. Auf diesen Reduktionismusvorwurf entgegnet Semir Zeki, Professor für Neurobiologie am University College in London und führender Vertreter in dem Gebiet der Neuroästhetik: «[…] die Neuroästhetik ist weit davon entfernt zu versuchen, ein Kunstwerk oder ein literarisches Meisterwerk zu ‹erklären›, sie versucht nur, aus ihnen Einsichten zu gewinnen und etwas über das Gehirn zu lernen.»

So diffus die wissenschaftliche Fundierung des Ästhetikempfindens erscheinen mag, jeder von uns ist sich doch der einzigartigen Qualität dieses Erlebniszustandes bewusst, ganz im Sinne Rilkes: «Und dann meine Seele sei weit, sei weit, dass dir das Leben gelinge, breite dich wie ein Feierkleid über die sinnenden Dinge.»

Als eigentlicher «Erfinder» der Ästhetik als eigenständiges Wissenschaftsgebiet wird jedoch ein eher unbekannter Philosoph des 18. Jahrhunderts genannt: Alexander Baumgarten (1714-1767) publizierte mit dem Werk «Aesthetica» ein Schriftwerk, das explizite Definitionen und Abgrenzungen zu anderen Wissenschaften enthielt. So bezeichnete er die Ästhetik als «Theorie der sinnlichen Erkenntnis» und bezieht sich damit auf ihre sprachliche Ableitung aus dem altgriechischen Begriff aísthēsis. Ein Ausdruck, der Prozesse der Wahrnehmung oder des Empfindens bezeichne, womit all jene Bewusstseinsinhalte gemeint sind, die durch den Gebrauch der Sinne (im Gegensatz zur rein geistigen bzw. logischen Erkenntnis) generiert werden.

Ästhetik in der Philosophie

Bereits seit der griechischen und lateinischen Antike war die Frage nach dem «Schönen» Gegenstand philosophischer Diskurse. Damals war sie jedoch noch nicht unter dem Begriff «Ästhetik» bekannt, sondern wurde im Kontext der Metaphysik oder der Ethik thematisiert. Wichtige Gedanken zu ästhetischen Fragestellungen wurden Ende des 18. Jahrhunderts in der Kritik der Urteilskraft von Immanuel Kant formuliert, der maßgeblich die Begrifflichkeit des «Erhabenen» bzw. des «interesselosen Wohlgefallens» prägte – Terminologien, die die wissenschaftliche Ästhetik bis heute beschäftigen.



Bildquelle: Caty Zhao

Zum Weiterlesen

Shimamura, A. P. & Palmer, S. E. (2012). *Aesthetic Science: Connecting Minds, Brains, and Experiences*. New York: Oxford University Press.

Allesch, C. G. (2005). *Einführung in die psychologische Ästhetik*. Wien: UTB.

Liessmann, K. P. (2012). *Schönheit*. Wien: UTB.

Chatterjee, A. (2011). Neuroaesthetics: a coming of age story. *Journal of Cognitive Neuroscience, 23*, 53-62.

Die Gratwanderung der Diagnostik

Die Anzahl der Diagnosen des DSM sind auch in der fünften Ausgabe wieder gestiegen. Die kontinuierliche Zunahme von Störungsbildern wirft Fragen auf: Wurden einige Störungen bisher im Manual vernachlässigt oder werden die Verhaltensweisen der Menschen zunehmend pathologisiert? Lässt sich der Anstieg der Diagnosen auf unklare Fälle zurückführen oder leben wir in einer Gesellschaft, der es zunehmend schwer fällt, sich den fortlaufenden Entwicklungen anzupassen?

Von Theresa Geck

Anstieg der Diagnosen

Seit Beginn der ersten DSM Ausgabe nimmt die Anzahl der Diagnosen mit jeder überarbeiteten Version zu. Auch im DSM-5 wird ein erneuter Anstieg der Diagnosen erwartet (Klahre, 2013). Die hohe Ziffer von etwa 300 Störungsbildern im DSM-5 ist nicht nur eine Art Anleitung zur besseren Diagnostik. Es bedeutet auch, dass eine grössere Bandbreite der Pathologie entsteht. Dieser Aspekt lässt viele Kritiker nervös werden. Ihre Befürchtung ist, dass Menschen, deren Symptome nicht eindeutig dem des Störungsbildes entsprechen, vermehrt eine Diagnose erhalten (Klahre, 2013).

Zwar wird das DSM im Gegensatz zu den USA in Europa nicht als Diagnoseschlüssel herangezogen, doch dieser Umstand macht es nicht weniger bedeutungsvoll. Denn es hat sich in der Praxis durchgesetzt und nimmt einen grossen Einfluss auf das ICD-10, jenen Diagnoseschlüssel der Weltgesundheitsorganisation (WHO), mit dem Ärzte und Psychologen in den meisten Ländern Europas abrechnen. Es dient als Massstab, durch den festgelegt wird, «welche Behandlung Erkrankten angeboten wird und wer dafür bezahlt, wer eine Erwerbsunfähigkeitsrente erhält, wer besondere Betreuung benötigt, […] wer ein Kind adoptieren kann […] und wer bei Abschluss einer Lebensversicherung in welche Risikogruppe fällt» (Frances, 2013, S. 11)

Das DSM übernimmt somit eine Führungsrolle in der Grenzsetzung zwischen gesund und krank. Mit jeder Veränderung, die an den Diagnosen vorgenommen werden, verschiebt sich diese Grenze jedoch.

Betroffene profitieren von ausgesprochenen Diagnosen in zweierlei Hinsicht. Wird eine psychische Störung klassifiziert, führt das zu einer einheitlichen Nomenklatur und einer besseren Kommunikation (Munsch, 2013). Durch die Festlegung kann eine passende Behandlungsmethode gewählt werden. Zudem ist eine explizite Klassifikation für den Patienten hilfreicher (Munsch, 2013), als eine nicht schriftlich festgehaltene Verdachtsdiagnose. Es ist wichtig, Störungsbilder zu erkennen und den Zustand des Betroffenen mit Hilfe einer angemessenen Behandlung zu verbessern. Das DSM leistet hierfür einen entscheidenden Beitrag und stellt relevante Erkenntnisse aus der Forschung bereit.

> *«Die übertriebene Standardisierung führt dazu, dass nicht mehr der kranke Mensch mit einer Diagnose gesehen wird, sondern nur noch die Diagnose.»*
> – Jörg-Dietrich Hoppe

Diagnosenstellung

Fortschritt, solange er adäquat angewandt wird, verspricht Weiterentwicklung. Das DSM-5 umfasst so viele Diagnosen wie nie zuvor. Dies erlaubt, dass Auffälligkeiten, die zuvor keinem Störungsbild zugeordnet werden konnten, nun diagnostiziert werden können. Sobald eine Diagnose vorliegt, können weitere Schritte eingeleitet werden – sei es eine Therapie, ein Pharmaka oder eine anderweitige Förderungsmassnahme. Es öffnet Türen, die ohne Diagnose nicht umsetzbar wären. Einige «nicht näher bezeichnete[n]» Kategorien, die ein häufiges Merkmal von Beschreibungen sind (APA, 1994), können deshalb als Schlupfloch für Symptome, die sich nicht eindeutig zuordnen lassen, genutzt werden. In diese Kategorie fallen Personen, welche die Kriterien nicht vollständig erfüllen, also z. B. Patienten, die alle für eine Diagnose nötigen Symptome bis auf eines aufweisen.

Besonders bei Diagnosen, die international ähnlich häufig gestellt werden, ist es wichtig, missverständliche Formulierungen und unpräzise Kriterien einzugrenzen. Bei Betrachtung der Realität wird schnell deutlich, dass die Trennlinie zwischen Theorie und Praxis weit auseinanderliegt. Veranschaulicht wird das durch den Vorgang der Festlegung von Kriterien.

Die Depression gilt als eine der meistgestellten Diagnosen und wird auch in Zukunft unter den ersten Plätzen der Volkskrankheiten verweilen. Laut des aktuellsten Berichts des Schweizer Gesundheitsobservatoriums nimmt die «Major Depression» mit 32% der 83 Mio. gestellten Diagnosen den Vorreiterplatz im Jahr 2008 ein (Obsan, 2008). Die Kriterien für eine Episode einer «Major Depression» besagen, dass mindestens fünf der neun Symptome für mindestens zwei Wochen bestehen müssen (DSM-5, 2013). Unklar ist, aus welchem Grund die Symptome auf fünf beschränkt sind und der Massstab für eine Erkrankung auf zwei Wochen festgelegt ist. Das depressive Symptome nicht mehr oder weniger als zwei Wochen vorliegen müssen, basiert nicht auf wissenschaftlicher Notwendigkeit, sondern entspringt der Willkür der DSM-Autoren (Frances, 2013).

Zu einer Zeit, in der psychische Störungen besser als je zuvor erkannt, gestellt und behandelt werden können, besteht ein hohes Risiko, diese Verfügbarkeit zu missbrauchen. Mit einem Blick in das Manual fällt auf, wie schwammig einige Kriterien formuliert sind. Da das DSM weltweit als Leitfaden von Fachleuten aus dem Gesundheitswesen angewendet wird (DSM-5, 2013), überrascht es nicht, dass unterschiedliche Interpretationen entstehen. Denn diese Formulierungen erschweren nicht nur einen einheitlichen Befund, sondern führen auch zu einer Kategorisierung von

vermeintlich gesunden Menschen (Frances, 2013). Die Folgen solcher Handlungen sind fatal. Sie führen zu abweichenden Störungsbildern und zu einer Diskrepanz, die die Zukunft des Patienten mitbestimmt, nämlich: Diagnose oder keine Diagnose? Im übertragenen Sinn: krank oder gesund?

Veranschaulichung der Inflation

Bereits in der Vergangenheit gab es immer wieder Vorfälle, die einprägsam zeigten, welche Folgen unpräzise Kriterien haben können. Einzugehen ist hier auf vereinzelte Veränderungen von DSM-IV zu DSM-5, insbesondere der Bereich der «Autismus-Spektrum-Störung» (ASS) (DSM-5, 2013).

Der frühkindliche Autismus wurde ursprünglich mit dem DSM-IV eingeführt (APA, 2000). Dort läuft es unter dem Kapitel der «Tiefgreifenden Entwicklungsstörungen» (APA, 2000). Bei der damaligen Entscheidung, diese als eigenständige Störung mitaufzunehmen, war den Autoren jedoch nicht bewusst, was für einen Verlauf das nehmen würde (Frances, 2013). Die unklare Trennung der Kriterien führte letztendlich zu einer subjektiven Bewertung durch den zuständigen Arzt, der beurteilen musste, welche psychische Störung vorliegt. Die Diagnosestellung ist in einem vorliegenden Fall besonders wichtig: Ist eine Autismus-Spektrum-Störung nicht vor dem fünften Lebensjahr erkennbar, greift in der Schweiz die Invalidenversicherung nicht (Bundesrecht, 2012). Damit ist es ein Nachteil für den Patienten selbst, dessen Behandlungsmassnahmen sich verzögern oder gar entfallen, als auch für die Angehörigen, da es eine enorme finanzielle Belastung bedeutet. Innerhalb kürzester Zeit stieg die Anzahl der Diagnosen rapide in die Höhe. Studien ergaben in den letzten zehn bis fünfzehn Jahren die Prävalenzangaben für ASS. Während sie bis 2003 noch bei etwa 0.6% (Fombonne, 2003) lag, wurde sie zuletzt bereits auf 2.6% geschätzt (Kim et al., 2011). Diesem erheblichen Anstieg ist anzumerken, dass sich die relative Häufigkeit der autistischen Störungen vermutlich nicht verändert hat. Es ist aber davon auszugehen, dass eine ASS heute öfter diagnostiziert wird (Förster, 2013).

Die Erfahrung, die solche Modediagnosen (Frances, 2013) mit sich bringen, sollte dazu beitragen Ähnliches zu verhindern. Erschwert wird das, indem eine genaue Definition der Störung nicht verfügbar ist und Symptome häufig uneindeutig sind oder variieren. Dementsprechend sehen sich Ärzte bei manchen Patienten einer Gratwanderung ausgesetzt. Diese unklaren Trennlinien haben wohl auch dazu geführt, dass das Asperger Syndrom, die Integrationsstörung und nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörungen in der neuen Ausgabe als eigenständige Diagnosen gestrichen wurden und zur «Autismus-Spektrum-Störung» zusammen geführt wurden (DSM-5, 2013).

> *«Meine Gesundheit besteht darin, dass ich in meinem gewöhnlichen Zustand nicht gestört werde.»*
> – Michel de Montaigne

Fragwürdige Störungsbilder

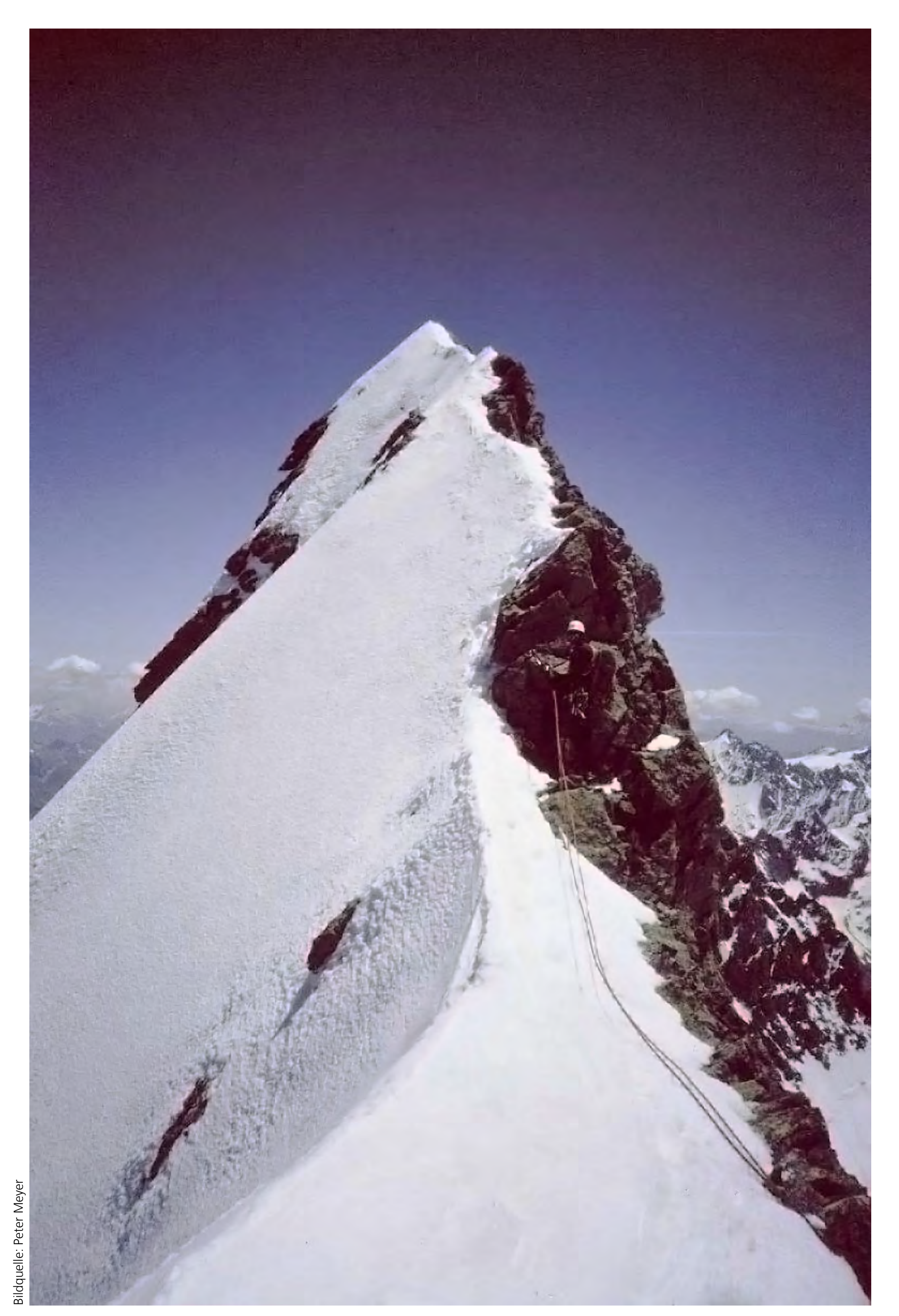
Im DSM-5 wurden unter anderem auch «Premenstrual dysphoric disorder» (PMDD) und «Social communication disorder» mitaufgenommen (DSM-5, 2013). Letzteres umfasst in sozialen Situationen einen Zustand dauerhafter Schwierigkeiten der Kommunikation (DSM-5, 2013), während PMDD regelmässiges physisches und emotionales Leiden vor der Monatsblutung der Frau beschreibt (Epperson et al., 2012). Fraglich wird sein, wie mit diesen Störungsbildern umgegangen wird, da es auch bei diesen beiden Störungen gilt objektiv nachvollziehbare Diagnosen zu verteilen. Da von den Symptomen des PMDD lediglich fünf erfüllt sein müssen, ist für so manchen Kritiker ein Anstieg bereits jetzt absehbar. Unklarheiten wirft auch die Social communication disorder auf: Wird ein Mensch, dessen Sozial- und Kommunikationskompetenzen weniger stark ausgeprägt sind, dessen introvertiertes Verhalten sich womöglich durch das Fehlen passender Worte äussert, nun als psychisch krank gewertet?

Vermeidung von Fehldiagnosen

Bereits in der Vergangenheit wurden Erfahrungen mit «Fehldiagnosen» gemacht, beispielsweise der «Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung» (ADHS) (Elder, 2011). Einem aktuellen Arztreport zufolge stieg in Deutschland im Jahr 2011 die ADHS-Diagnoserate aller Altersgruppen im Vergleich zu 2006 um 49%. Besonders betroffen war die Altersgruppe zwischen neun und elf Jahren, bei der sich ein Anstieg um 34% bei einer jährlichen Diagnoserate von 6% auf 8% verzeichnen liess (Barmer GEK Arztreport, 2013), während in Deutschland im Jahr 2006 der Durchschnitt der ADHS-Diagnoserate für Jungen im Alter von zehn bis zwölf Jahren bei knapp 12% lag.

Um solche Inflationen in Zukunft zu vermeiden, begeben sich Psychologen und Ärzte auf eine Gratwanderung. Sie stehen vor der Entscheidung, unzureichende, aber vorhandene Auffälligkeiten einer Diagnose zuzuordnen oder aber nicht zu kategorisieren. Nach Frances (2013) überwiegt dabei meist Ersteres. Viele Ärzte haben in diesem Zusammenhang angegeben, dass sie im Laufe ihrer beruflichen Tätigkeit Placebos verordnet haben (Fässler et al., 2010). Die Gründe dafür lassen sich unter anderem auf den Wunsch zurückführen, die Forderungen des Patienten zu erfüllen und ihn mit einem guten Gefühl nach Hause zu schicken (Fässler et al., 2010). Dieser Vorsichtsmassnahme folgt aber eine Stigmatisierung, die es besonders den Betroffenen schwer macht, sich von ihr, zumindest in der Öffentlichkeit und auf dem Papier, wieder zu lösen.

Eindeutige Fälle von ADHS sind in der Praxis wohl eher die Ausnahme. Ebenso reichen isolierte Symptome allein nicht aus, um eine Diagnose zu stellen. Umgekehrt darf aber auch nicht aufgrund der geringen Ausprägung eines typischen Symptoms eine Diagnose ausgeschlossen werden. Und genau dieses Bewusstsein sollte zu einer angemessenen Zurückhaltung in der Verteilung von Diagnosen führen.



Bildquelle: Peter Meyer

Mögliche Gründe für die Zunahme von Diagnosen sind vielfältig. Unvermeidbar ist die Erwähnung der breiten Definitionen im Manual. Durch Studien und die Medien steigt der Bekanntheitsgrad von ADHS auch bei den Ärzten. Es wäre jedoch zu einfach, die Verantwortung nur auf Ärzte und Fachleute abzuwälzen. Auch Eltern und Angehörige werden durch die mediale Vermarktung zunehmend sensibilisiert und aufgeschreckt. Gefordert ist in erster Linie die Politik, die strengere Einhaltungsgesetze schaffen sollte, sowie die Pharmaindustrie, die eine Vermarktung jenseits des Interesses des Patienten einschränken müsste (Förster, 2013).

Sensibilität vs. Sensitivität

Trotz alledem ist das DSM ein wichtiges Instrument zur Diagnosestellung. Es besteht kein Zweifel daran, dass eine Diagnose eine Notwendigkeit für das weitere Voranschreiten einer Behandlung darstellt, Klarheit für den Patienten schafft und Aufklärung über die resultierenden psychischen Beeinträchtigungen der Betroffenen bietet. Das unter den vielen richtig gestellten Diagnosen auch Fehldiagnosen vorkommen, ist unvermeidbar. Eine Möglichkeit, das Auftreten zu minimieren, wäre der Versuch die Schwellensetzung für Schwere und Dauer der Symptome anzuheben. Auch wenn dies Einbussen der Sensibilität in der Diagnostik mit sich bringen würde (Frances, 2013), hätte es auf der anderen Seite eine Verbesserung der Sensitivität zur Folge. So würden einige psychisch Kranke, die einer Diagnose bedürften, nicht erfasst werden – andererseits würde es das Ausmass der Fehldiagnosen senken (Frances, 2013). Beides gleichzeitig zu erreichen, liegt nicht im Rahmen des machbaren. ■

Zum Weiterlesen

Frances, A. (2013). *Normal. Gegen die Inflation psychiatrischer Diagnosen*. Köln: DuMont.

Forensische Psychologie

Eine Betrachtung von Prognose- und Schuldfähigkeitsgutachten

Immer wieder hören wir von psychologischen Gutachten in den Nachrichten. Doch was beinhaltet ein Gutachten und welche Arten von Gutachten gibt es? Und welche Fehler können bei der Einschätzung von Tätern passieren?

Von Katharina Szybalski

Am 5. März 2013 kam Natalia in München ums Leben. Sie wurde am frühen Morgen mit Stichwunden im Bauch in einer Gasse neben ihrer Arbeitsstelle gefunden. Kurz darauf verstarb sie. Die polizeilichen Ermittlungen ergaben: Der mutmassliche Täter war kein Unbekannter. Jurij Sch. wurde bereits 2006 wegen versuchten Mordes während eine Messerstecherei zu über neun Jahren Haft verurteilt. Seine Strafe sass er grösstenteils in einer Entzugsklinik ab, die er am Tag vor dem Mord in München verlassen durfte. Zwei Psychologen hatten ihm ein entsprechendes Gutachten ausgestellt, so dass seine Haftstrafe zur Bewährung ausgesetzt wurde. Jurij Sch. hatte den Psychologen erzählt, dass er im Freigang eine Frau kennengelernt hatte und mit dieser nun eine Beziehung führe. In seinem Geständnis gab er an, dass er Natalia aus unerwiderter Liebe umgebracht hatte.

Prognosebegutachtungen

Fehlentscheidungen bei Straftätern, die entweder früher aus der Haft entlassen werden oder einen Hafturlaub antreten dürfen, erreichen in der Öffentlichkeit stets grosse Aufmerksamkeit (Köhnken & Bliesener, 2003). Die kritische Betrachtung sogenannten Prognosegutachten erliegt allerdings oft einem methodischen Bias: Nur diejenigen Gutachten, die eine sehr geringe Rückfallquote voraussagen und somit eine Entlassung aus dem gesicherten Raum empfehlen, können auf ihre Richtigkeit überprüft werden (Kröber & Steller, 2005). Stellt ein Gutachten eine ungünstige Prognose aus, so werden die zu beurteilenden Straftäter meist nicht aus der Haft entlassen, wobei nicht überprüft werden kann, ob die Straftäter in Zukunft nicht doch frei von Schuld bleiben würden. Ein populärer Fall der 1960er-Jahre zeigt dieses Problem besonders gut auf: Johnnie Baxstrom wurde wegen eines Gewaltdelikts zu drei Jahren Haft verurteilt, die er als «schwerer Geisteskranker» in einem State Hospital verbrachte. Nachdem die Haftzeit vorüber war, musste er entlassen werden, weil kein förmliches Verfahren eingeleitet wurde, um ihn weiterhin zu verwahren. Aufgrund dieses Verfahrensfehlers wurden daraufhin weitere 967 als gefährlich beurteilte Insassen freigelassen. Knapp fünf Jahre später konnte folgendes Fazit gezogen werden: 50% befanden sich in nichtstrafrechtlichen Kliniken, 33% genossen ihre Freiheit, 14% starben in dem Zeitfenster, weniger als 1% war im Gefängnis und ebenfalls nur 2.7% waren wieder in einem State Hospital untergebracht (Mosmann, 2006). Dieser Fall lässt erahnen, wie viele «false positive» Gutachten, also eine Überschätzung des Kriminalitätsrisikos, tatsächlich ausgestellt werden, die der Öffentlichkeit jedoch verborgen bleiben, da sie kaum überprüfbar sind.

> *«Der Umschlagspunkt zwischen günstig und ungünstig ist nicht naturgegeben.»* – Volckart, 2002

Wird im Laufe eines Prozesses ein Gutachten benötigt, liegt es an dem beauftragten Gutachter, seine Einschätzung abzugeben. Dabei erstellt er allerdings keine klare «Ja-Nein»-Prognose, sondern ihm steht ein Kontinuum zur Darstellung des Falls zur Verfügung. Die Entscheidung aber, ob jemand frühzeitig aus der Haft entlassen wird, obliegt den Richtern. Sie müssen beurteilen, ob die Prognose günstig genug ist (Volckart, 2002).

Doch woher kann ein Gutachter wissen, ob ein Täter rückfällig wird? Psychiatrische oder psychologische Gutachter gehen klinisch-empirisch vor und beurteilen in einem ersten Schritt die Täterpersönlichkeit. Dazu gehören psychodiagnostische Tests, die Exploration des Gefangenen hinsichtlich seines Lebenslaufs, seiner Familienverhältnisse, bisheriger Delinquenz und unter Umständen werden auch neurologische Untersuchungen angeordnet. Im zweiten Schritt werden die festgestellten Tatsachen gewichtet. Da diese Gewichtung sehr subjektiv ausfallen kann, stehen den Gutachtern Kriterienkataloge zur Verfügung um die Gutachten zu objektivieren und vergleichbarer zu machen. Durch eine entsprechende Ausbildung der Psychologen und Psychiater können so grundsätzlich differenzierte Analysen hervorgebracht werden. Ausserdem können durch diese Vorgehensweise Reifungsprozesse und besondere Lebensumstände in die Beurteilung miteinfliessen. Allerdings ist kritisch anzumerken, dass, trotz aller Bemühungen, die Beurteilung so objektiv wie möglich zu halten, die Bewertung immer noch vom beurteilenden Psychologen bzw. Psychiater abhängig ist. Auch die Kriterienkataloge sind mit einem kritischen Auge zu betrachten. Als Grundlage dienten lediglich kriminologische Extremgruppen und somit ist die Beurteilung von Alltagskriminalität eher schwer.

Doch sichere Prognosen scheinen laut Leygraf (1994) nicht utopisch. Er ist der Meinung, dass auf kurze Zeit relativ sichere Prognosen gestellt werden können. Allerdings sind diese auf die Situation bezogen, in die der Gefangene entlassen wird. Je weiter man also in die Zukunft geht, desto wahrscheinlicher ist es, dass sich die Lebensumstände ändern. Obwohl Gutachtern Computerprogramme mit spezifischen Algorhythmen zur Verfügung stehen, lassen sich nicht alle möglichen Situationen darstellen, in die der ehemalige Strafgefangene geraten könnte.

Es ist wichtig zu betonen, dass psychisch kranke Menschen nicht häufiger schwere Straftaten begehen als Durchschnittsbürger. Es geht von ihnen also keine erhöhte Gefährlichkeit aus, allerdings sind häufiger Straftaten darunter, die auf Unverständnis in der Öffentlichkeit stossen (Rasch, 1994). Ausserdem beschreibt Steinböck (1997) ein erhöhtes Gewaltpotenzial bei schizophrenen Patienten in einer floriden Symtomphase – besonders im Wahn. Nach Abklingen der akuten Phase unterscheidet sich das Gewaltrisiko nicht von der Normalbevölkerung.

Mord oder Totschlag?

In der Silvesternacht 2009 kam es zwischen zwei Freundinnen zum Streit. Die Täterin, die kurz vor dem finanziellen Ruin stand, hatte aus Verzweiflung 18'500 EUR von dem Konto ihrer wohlhabenden Freundin abgebucht. Als diese die Täterin konfrontierte, fürchtete sie um ihren Ruf und schlug mit einem schweren Gegenstand auf den Kopf des Opfers ein. Da die Verletzungen ohne Todesfolge blieben, erstickte die Angeklagte ihr Opfer mit einem Kissen. Anschliessend fuhr sie nach Hause, zog sich um und kehrte zur Wohnung zurück, um die Polizei zu rufen. Die Richter hörten in diesem Fall 45 Zeugen und elf Sachverständige an und verkündeten ihr ein Urteil von siebeneinhalb Jahren statt den für Mord vorgesehenen 15 Jahren. Das Gericht war der Meinung, dass die Täterin im Affekt und mit verminderter Schuldfähigkeit gehandelt hatte.

Schuldfähigkeitsbegutachtungen

Auch in solchen Fällen werden psychologische Gutachter tätig. Sie helfen bei der Suche nach dem richtigen Strafmass durch die Einschätzung der Schuldfähigkeit, wie im oberen Fall. Doch auch hier entscheiden nicht die Gutachter über die Schuldfähigkeit, sondern Juristen (Dauer, 2013).

Die Vorgehensweise ist juristisch festgelegt und jeder der vier Schritte muss genau dokumentiert sein. Zuerst werden die Eingangsmerkmale zur Beurteilung der Schuldfähigkeit geprüft. Zu den sogenannten Eingangsmerkmalen erster Ordnung gehören: krankhafte seelische Störung, tief greifende Bewusstseinsstörung, Schwachsinn und schwere andere seelische Abartigkeit (siehe Kasten). Wenn eines oder mehrere Merkmale erfüllt sind, kontrolliert der Gutachter, ob die Eingangsmerkmale erster Ordnung Auswirkungen haben auf die Fähigkeit, das Unrecht der Tat einzusehen (Einsichtsfähigkeit) und gemäss dieser Einsicht zu handeln (Steuerungsfähigkeit). Anschliessend wird die psychische Verfassung des Angeklagten während der Tat differenziert dargestellt. Doch hier ergeben sich mehrere Probleme: Die Befragung des Angeklagten ist retrospektiv und davon abhängig, ob sich der Begutachtete selber darstellen kann. Im letzten Schritt wird geprüft, ob die Beeinträchtigungen während der Tat von Relevanz waren. Auch hier beurteilt die Bedeutsamkeit nicht der Gutachter, sondern dieses Urteil fällt wiederum in den Aufgabenbereich der Juristen (Dauer, 2013). ■

Eingangsmerkmale erster Ordnung

Krankhafte seelische Störung: dazu gehören organische psychische Störung, symptomatische psychische Störungen, psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, Schizophrenien, wahnhafte und psychotische Störungen, affektive Störungen und Anfallserkrankungen

Tiefgreifende Bewusstseinsstörung: dazu gehören nicht krankhafte Veränderungen des Bewusstseins, Trübung und Einengung bis hin zum Verlust des Selbstbewusstseins, Schlaftrunkenheit, Übermüdung, nicht krankhafte Dämmerzustände, hypnotische Zustände und hochgradige Affektzustände (Angst, Wut, Panik, Ekstase, Fassungslosigkeit, Impulstat)

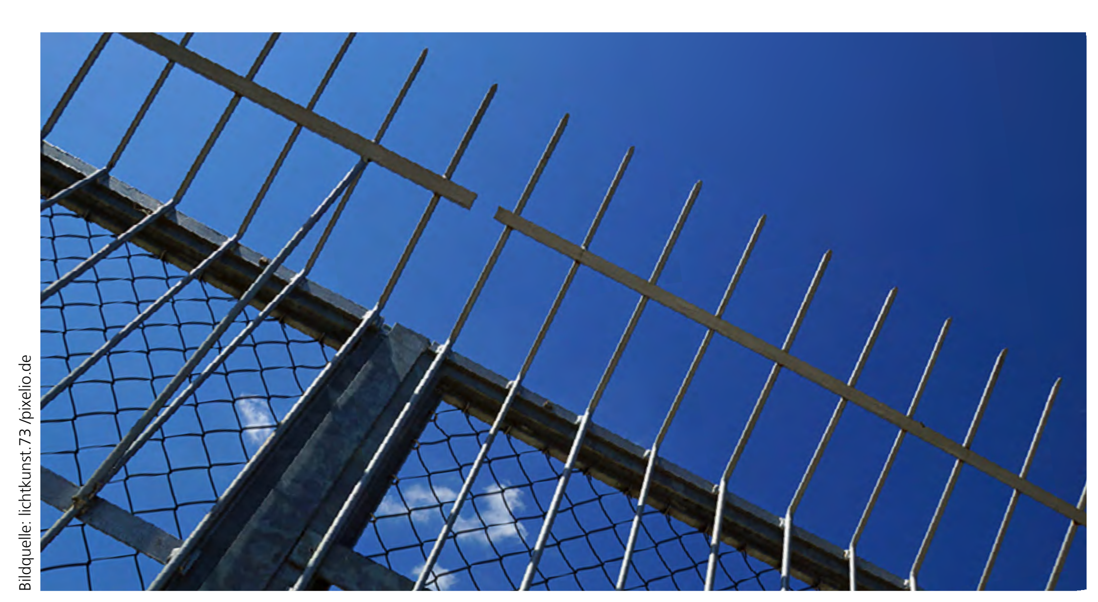
Schwachsinn beinhaltet alle Formen der Intelligenzminderung ohne nachweisbare organische Ursachen

Schwere andere seelische Abartigkeit: dazu gehören psychische Störungen und Abnormitäten im Grenzbereich zwischen psychischer Krankheit und der Varianz menschlichen Lebens, chronifizierte neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (inkl. Impulskontrollstörungen), Kleptomanie und pathologisches Spielen

Eingangsmerkmale zweiter Ordnung

Einsichtsfähigkeit ist die kognitive Komponente der Tat und setzt das Wissen über die Normen des gesellschaftlichen Zusammenlebens voraus. Es wird psychologisch operationalisiert durch die Verfügbarkeit von Handlungsalternativen und die antizipierten Realisierungswahrscheinlichkeiten von Handlungsalternativen durch den Begutachteten.

Steuerungsfähigkeit ist die motivations- und handlungsbezogene Komponente der Tat. Dies kann zum Beispiel bei Gruppenzwang oder durch die nicht vorhandenen Handlungsalternativen bei geplanten Taten der Fall sein.



Bildquelle: lichtkunst.73 /pixelio.de

Zum Weiterlesen

Köhnken, G., & Bliesener, T. (2003). Rechtspsychologie. In A. E. Auhagen, & H.-W. Bierhoff (Hrsg.), *Angewandte Sozialpsychologie* (S. 511–532). Beltz: Weinheim.

Kröber, H.-L., & Steller, M. (2005). Psychologische Begutachtung im Strafverfahren. Steinkopff: Darmstadt.

Immer mehr, immer schneller, immer besser.

Wie viel Fortschritt ist gut für uns?

Steigende Anforderungen, technischer Fortschritt, dauernde Erreichbarkeit. Der Mensch ist heutzutage einer Vielzahl von Belastungen ausgesetzt. Schlagworte wie Stress, Work-Life Balance oder Burn-out sind in aller Munde. Macht der Fortschritt uns glücklicher? Überfordert er uns? Sollten wir unseren Lebensstil neu überdenken?

Von Vivian Frick

Unser Leben sieht anders aus als das unserer Eltern oder Grosseltern. In den vergangenen Jahrzehnten hat die westliche Gesellschaft eine technische Entwicklung durchgemacht, die alles Vorherige in den Schatten zu stellen scheint. Die Industriegesellschaft des 19. Jahrhunderts hat sich gewandelt in eine Informations- und Wissensgesellschaft, die neue Ansprüche an uns stellt und an deren Vorzüge wir uns mehr und mehr binden – ein Leben gänzlich ohne Internet, Handys, Waschmaschinen mit Interface-Technologie oder Autos mit piepsender Sensorik beim Rückwärtsfahren ist für viele kaum mehr vorstellbar.

Wird alles besser?

Fortschritt bezeichnet eine positiv bewertete Weiterentwicklung, oder die Erreichung einer höheren Stufe der Entwicklung. Im eigentlichen Sinne soll also jede Art des Fortschritts die Menschheit weiterbringen. Tatsächlich haben sich viele Aspekte des Lebens in unseren Breitengraden zum Positiven gewandt: Sterblichkeitsraten sind durch medizinische Durchbrüche und den Ausbau von Infrastrukturen kontinuierlich zurückgegangen (Burger, Baudisch, & Vaupel, 2012), durch industrielle Produktion und technische Innovation ist unser Wohlstand gewachsen (IW Medien, 2012) und es war nie zuvor so einfach, Informationen auszutauschen, mit Menschen in Kontakt zu kommen oder Konsumgüter zu erwerben. Ausserdem scheinen uns Errungenschaften wie Geschirrspüler, Mikrowellenofen, E-Mails und Handys wertvolle Zeit zu sparen, indem sie die Mühseligkeiten des Alltags für uns erledigen und erleichtern. Doch wie nutzen wir diese gewonnenen Zeiträume? Und wie steht es mit den Kosten dieser Veränderungen jenseits von Komfort und Zeitersparnis? Haben die technischen, wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Veränderungen der letzten Jahrzehnte einen bestimmten Einfluss auf die Psyche und das Wohlbefinden des Menschen?

Oder wird es schlechter?

Möchte man sich im Internet über das Thema Fortschritt und seine Auswirkungen schlaumachen, so landet man schnell bei Begriffen wie Leistungsgesellschaft, Informationsflut, Rastlosigkeit, steigenden Belastungen am Arbeitsplatz und einer nicht zu unterschätzenden Portion Gesellschaftskritik. Die zunehmende Schnelllebigkeit ist Teil des Übels – Fazit der Kulturpessimisten: Die Menschheit entwickle sich zum Schlechteren. Nietzsche schrieb 1878 bezüglich des Fortschritts im Medienbereich: «Die Summe der Empfindungen, Kenntnisse, Erfahrungen, also die ganze Last der Kultur, ist so groß geworden, dass eine Überreizung der Nerven- und Denkkräfte die allgemeine Gefahr ist, ja dass die kultivierten Klassen der europäischen Länder durchweg neurotisch sind und fast jede ihrer größeren Familien in einem Gliede dem Irrsinn nahe gerückt ist.» (Nietzsche, F. (1878). Menschliches, Allzumenschliches, S. 244). In der Wahrnehmung vieler aufmerksamer Zeitzeugen hatte gesellschaftlicher Wandel seit jeher etwas bedrohliches (Eder & Kaiser, 2010). Ist es eine irrationale Angst vor Veränderung, eine positiv-verzerrte Wahrnehmung der Vergangenheit, oder ist ihre Kritik berechtigt? Auswirkungen des Fortschritts sind tagtäglich spürbar. Handys machen uns 24 Stunden am Tag erreichbar, durch den globalisierten Arbeitsmarkt steigt bei vielen der Konkurrenzdruck (Major & Germano, 2006). Gleichzeitig wird ein neuer Begriff geprägt, der bisher noch nicht als festgelegte Diagnose im DSM-5 oder ICD-10 auftritt, jedoch für umso mehr medialen Wirbel sorgt: Das Burn-out. Brennt uns unser Lebensstil aus? Überfordert uns unser eigenes Fortschreiten?

Antworten aus der Psychologie

Im interdisziplinären Diskurs um Nutzen und Nebenwirkungen gesellschaftlicher Neuerungen kann und soll es die Aufgabe der Psychologie sein, die Auswirkungen auf die menschliche Psyche zu erkunden. Dabei sind zwei Aspekte von Bedeutung: Zum einen soll der Fortschritt der Psyche nicht schaden, also nicht zu zusätzlichen Belastungen führen, zum anderen soll er das psychische Wohlbefinden in eine wünschenswerte Richtung verändern, oder zumindest nicht verschlechtern (vgl. Kasten zu den Auswirkungen von Stress auf die Psyche). Da das psychische Wohlbefinden mit allgemeiner Gesundheit und Lebenserwartung korreliert und somit von allgemeinem Interesse zu sein scheint, wird ihm in der Forschung immer mehr Bedeutung zugeschrieben (Diener & Chan, 2011). Im Folgenden soll es um die psychologischen Auswirkungen des Fortschritts und der zahlreichen Veränderungen unserer Gesellschaft gehen. Es soll ein Einblick gegeben werden, inwiefern Fortschritt tatsächlich die alltägliche Belastung erhöht und welche Risiken sich dadurch für die psychische Gesundheit ergeben.

Auswirkungen von Stress auf die Gesundheit

Im endokrinen System führen Stress und Anspannung zu einem erhöhten Cortisol-Spiegel im Blut. Dies bewirkt kurzfristig verstärkte Wachsamkeit und Reaktionsfähigkeit (Usdin, Kvetnansky, & Axelrod, 1984). Über einen längeren Zeitraum hinweg kann ein zu hoher Cortisol-Spiegel allerdings gefährlich sein. Er erhöht das Risiko für psychische Krankheiten (Chrousos & Gold, 1992), verringerte Merkfähigkeit (Sauro, Jorgensen, & Teal Pedlow, 2003) und diverse körperliche Erkrankungen wie zum Beispiel Herz-Kreislauf-Probleme (McEwen & Stellar, 2003). Chrousos (2009) bezeichnet zudem den Lebensstil der «modernen Gesellschaft» als mitverantwortlich für die erhöhte Prävalenz gewisser Krankheiten wie Übergewicht, Diabetes, Allergien, Depression oder Erschöpfungssyndrome.

Fluch und Segen der Technik

Gemäss dem Schweizer Bundesamt für Statistik (2012) benutzten im Jahr 2010 knapp 80% der Bevölkerung das Internet täglich oder mehrmals die Woche. 93% aller Schweizer Haushalte hatten einen Fernseher, etwa 92% der Haushalte verfügten über mindestens ein Mobiltelefon und 84% über einen Computer. Dabei gaben 90% der Befragten an, per E-Mail Kontakte zu pflegen. Zum Umgang mit E-Mails fanden Barley, Meyerson und Grodal (2011) durch Fragebogen und Interviews bei Mitarbeitern einer internationalen Firma heraus, dass sich Menschen von E-Mails gestresst fühlten und diese zudem mit Stress assoziierten. Die Asynchronität von E-Mail-Verkehr und Bürozeiten führt zu einer scheinbar endlosen indirekten Kommunikationsschleife, wenn E-Mails zu jeder Tages- oder Nachtzeit versendet werden, ohne dass man jemanden stört oder auf seine Antwort angewiesen ist. Ausserdem man kann immer wieder auf Nachrichten zugreifen und wird an nicht erledigte Aufgaben erinnert, so die Forscher. Aus diesen Gründen verlängerte sich bei den Studienteilnehmern die Arbeitszeit und es kam zu erhöhtem Stressempfinden. Ähnliches gilt für Mobiltelefone: Ein aktuelles Review von Sansone und Sansone (2013) fasst einige Studien zusammen, die sich mit den Risiken der Handynutzung befassen. Dazu gehört neben Schlafstörungen, Cyberbullying und Übernutzung vor allem auch persönlicher Stress. Dieser entsteht durch den wahrgenommenen Druck, dauernd erreichbar sein zu müssen. Zudem wurde festgestellt, dass durch Handynutzung die Grenzen von Arbeit und Freizeit verwischt werden. Langfristige Effekte sind noch zu erforschen. Es ist jedoch – ausgehend von bisherigen Studien – naheliegend, dass Handynutzung und E-Mailverkehr die psychische Belastung erhöhen.
Und was ist mit dem Argument, dass Technologie uns hilft, Zeit zu sparen? Computer und Maschinen übernehmen dank technischer Innovation zunehmend ursprünglich vom Menschen verrichtete Arbeit. Doch was der Mensch mit der gewonnenen Zeit anstellt, dient oft nicht der Erholung. Benutzen die Menschen eine zeitsparende Technologie, so resultiert das oft in Rebound-Effekten, wie Binswanger (2006) beschreibt. Er nimmt an, dass Menschen während der gesparten Zeit noch mehr Tätigkeiten ausführen oder die technischen Geräte in noch grösserem Ausmass benutzen. Dies verhindert den erhofften Erholungseffekt und kann sogar zu mehr Belastung führen.



Bildquelle: Laura Basso

Steigende Anforderungen in der Arbeitswelt

Eine vom Staatssekretariat für Wirtschaft in Auftrag gegebene Studie konnte zeigen, dass gut ein Drittel der Erwerbstätigen in der Schweiz «häufig» bis «sehr häufig» Stress empfindet (Grebner, Berlowitz, Alvarado, & Cassina, 2010). Zudem wurde festgestellt, dass im Vergleich zum Jahr 2000 dieses Stressempfinden um 30% zugenommen hat. Major und Germano (2006) leiten den zunehmenden Stress in der Arbeitswelt von gesellschaftlichen Phänomenen ab: Frauenerwerbsarbeit, Globalisierung, Altersvorsorge, Informationstechnologie und zunehmende Fokussierung auf den Dienstleistungssektor in den Industriestaaten. Durch die Globalisierung erleben Organisationen mehr Konkurrenzdruck und so schwindet die wahrgenommene Sicherheit des Arbeitsplatzes. Gleichzeitig bleiben die Anforderungen an den Arbeitnehmer bezüglich Einsatz und Flexibilität hoch.

Konsum und Bedürfnisse

Fortschritt soll den Wohlstand in der Bevölkerung erhöhen (Klodt & Schäfer, 2010). Materiel-

ler Wohlstand wiederum hängt mit Zufriedenheit zusammen. Er kann uns bis zu einem gewissen Einkommensgrad zufriedener, jedoch nicht glücklich machen (Kahnemann & Deaton, 2010). Ein höheres Einkommen führt nur so lange zu mehr Wohlbefinden, wie die Grundbedürfnisse des Menschen damit gestillt werden (Diener & Biswas-Diener, 2002). Doch wenn uns mehr Wohlstand irgendwann nicht mehr zufriedener macht und die Technik uns zahlreiche Arbeitsschritte abgenommen hat, warum arbeiten wir dann überhaupt noch so viel? An dieser Stelle soll zunächst geklärt werden, was psychisches Wohlbefinden schafft. Eine der bekanntesten Theorien diesbezüglich ist die Selbstbestimmungstheorie nach Deci und Ryan (1985). Ihr zufolge streben Menschen nach Anschluss, Kompetenz und Autonomie. Die Erfüllung dieser Bedürfnisgruppen hängt mit psychischem Wohlbefinden zusammen (Reis, Sheldon, Gable, Roscoe, & Ryan, 2000). Arbeit ist somit nicht nur zur Befriedigung materieller Bedürfnisse wichtig, sondern zum Beispiel auch für das Autonomie- und Kompetenzerleben. Diener und Biswas-Diener (2002) nehmen an, dass die Beziehung zwischen Einkommen und subjektivem Wohlbefinden vom Ausmass des Verlangens nach Konsumgütern abhängt. Je mehr ein Mensch konsumieren will, desto mehr muss er verdienen, um glücklich zu sein. So bringen Modetrends Menschen dazu, viel mehr Kleider zu erwerben als notwendig. Promotionen und jährlich dosierter technischer Fortschritt verleiten manche Personen dazu, sich jedes Jahr das neuste Gadget zuzulegen. Das sind nur zwei von vielen denkbaren Beispielen, wie durch Werbung und Marketing materielle Bedürfnisse geschaffen werden können. Bereits Galbraith und Crook (1958) befassten sich im Buch Die Überflussgesellschaft damit, wie Werbung und Marktwirtschaft künstliche Bedürfnisse erzeugen können. Es werde suggeriert, dass mehr Wohlstand, Konsum und Besitz glücklich machen würden. Durch eine solche Nachfrageschaffung wird das nötige Konsumlevel zur Erreichung des gleichen Wohlbefindens erhöht. Oder anders formuliert: Die künstliche Schaffung von Nachfrage kann sogar zu weniger Wohlbefinden führen. Damit im Einklang stehend fanden Seligman und Diener (2004), dass ein höherer Stellenwert von Geld und Materialismus bei Menschen mit tieferem Wohlbefinden korreliert. In diesem Fall wäre weniger also tatsächlich mehr.

Der Gegentrend – Pausen, Zeit und Glück

Die bisher genannten Studien sprechen dafür, dass Fortschrittsphänomene unserer Zeit psychische Belastung erhöhen und das Wohlbefinden senken können. Von einem vorschnellen Urteil ist jedoch abzuraten. Zwar wird deutlich, dass technische Innovation und wirtschaftlicher Wandel in vielen Fällen zu erhöhter Belastung führen, jedoch liegen leider kaum Vergleichsmöglichkeiten vor, um herauszufinden, ob in früheren Zeiten weniger Stress empfunden wurde. Daher wären Langzeitstudien zur Beantwortung der Fragestellung dringend nötig. Zusammenfassend lässt sich trotz den genannten Einschränkungen bestätigen, dass heutzutage zumindest die Möglichkeiten zugenommen haben, sich Stress, Überreizung und Überforderung auszusetzen. Eine bewusste Lebensführung und «Stressprophylaxe» wird daher immer wichtiger. Viele Branchen haben diesen Trend entdeckt. Seither gibt es ein buntes Angebot an Wellness-packages, Kuren, Yogakursen und Coachings. Und welche Lösungsansätze bietet die Psychologie hierfür?

Lösungsvorschläge der Psychologie

Die Psychologie beschäftigt sich überwiegend mit den Folgen von Überlastung – zumeist im Rahmen von Psychotherapie und Coaching. Doch sie hat auch im Bereich der Prävention die Möglichkeit, Menschen bereits im Vorfeld zum Umdenken zu bewegen. Vor allem die Gesundheitspsychologie und die Positive Psychologie (Sheldon & King, 2001) erforschen das subjektive Wohlbefinden in der Gesellschaft. Die Determinanten des Wohlbefindens zu kennen, kann dabei helfen, den Menschen Wege aus der Überlastung aufzuzeigen. Die psychologische Glücksforschung bestätigt vor allem, dass Menschen schlecht einschätzen können, was sie glücklich macht. Sie überschätzen den Einfluss von Einkommen sowie scheinbar zeitsparender Technologie und unterschätzen die Bedeutsamkeit von zeitlichen Freiräumen (Binswanger, 2006). Menschen brauchen mehr soziale Kontakte und mehr Zeit, nicht mehr Prestige und Geld. Seligman und Diener (2002) kamen zum Schluss, dass die glücklichsten Leute sich vor allem durch stärkere soziale Kontakte von ihren weniger glücklichen Mitmenschen unterscheiden.

Dass viele Menschen sich zudem nach mehr Ruhe und Rückbesinnung sehnen, zeigen aktuelle Trends. Dazu gehört beispielsweise das aus dem Buddhismus aufgegriffene Konzept der Achtsamkeit, welches in den letzten Jahren in Psychotherapie, Coaching und allgemeiner Lebensberatung grosse Popularität genoss. Achtsamkeit bezeichnet eine nicht-wertende Betrachtung und Kontemplation des Hier und Jetzt. Sie kann Stress entgegenwirken und fördert das subjektive Wohlbefinden (Brown & Ryan, 2003). Durch meditative Übungen bietet sie nebenbei auch Pausen von der Alltagshektik.

Der Fortschritt ist ein komplexes Konstrukt und ebenso vielfältig sind seine Konsequenzen. Zusammenfassend ist festzustellen, dass Fortschritt nur dann glücklicher macht, wenn er den Menschen Freiräume schafft und diese wunschgemäss und erholungsfördernd genutzt werden. Und dieses Problem kann man oft selbst lösen – durch bewusste Entscheidungen. ■

Zum Weiterlesen:

Schnabel, U. (2010). *Muße: Vom Glück des Nichtstuns.* München: Karl Blessing Verlag.
WWF Glücksexperiment: www.wwf.ch/de/aktiv/gluecks_experiment/
Diener, E., & Seligman, M. E. (2004). Beyond money: Toward an economy of well-being. *Psychological Science in the Public Interest, 5*(1), 1–31.
Jones, F., Burke, R. J., & Westman, M. (Eds.) (2013). *Work-life balance: A psychological perspective.* Hove: Psychology Press.

Gegen meinen Willen

Zwangseinweisung und -behandlung in der Psychiatrie

Als Ultima Ratio werden in der Schweiz täglich rund 30 Menschen gegen ihren Willen in eine Klinik eingewiesen (Gassmann, 2011). Im folgenden Gespräch gewährt eine junge Frau Einblick in ihre Erfahrungen mit solchen Zwangsmassnahmen als Anorexia Nervosa-Patientin.

Von Sarah Susanna Hoppler

Sarah S. Hoppler: Jasmin (Name von der Redaktion geändert), mit 14 Jahren hast du angefangen abzunehmen und bist untergewichtig geworden. Was ist dann passiert?

Jasmin T.: Meine Mutter machte sich Sorgen um mich und meldete mich beim Hausarzt an. Ich wollte das nicht, ging dann aber trotzdem hin. Der Hausarzt verwies mich an einen Spezialisten. Dort wurde ich über einige Wochen ambulant behandelt. Da ich dennoch nicht zunahm, musste ich für zwei Wochen stationär in eine Klinik. Mein Gewicht stieg und ich konnte wieder nach Hause. Dort nahm ich allerdings wieder stark ab. Ich litt an Untergewicht (siehe Kasten) und hatte dadurch fast keine Kraft mehr.

Untergewicht bei Kindern und Adoleszenten

Untergewicht bei Kindern und Adoleszenten wird anhand von alters- und geschlechtsabhängigen BMI-Perzentilen bestimmt. Bei einem BMI unterhalb des fünften Perzentils, kann Untergewicht angenommen werden. Neben diesen numerischen Richtlinien sind auch der individuelle Körperbau, die Gewichtsentwicklung und physiologische Beeinträchtigungen zu berücksichtigen (DSM-5, 2013).

Bei Jasmin, mit einem Körpergewicht von 33 kg und einer Körpergrösse von 161.5 cm, ergibt sich ein BMI von 12.7 kg/m^2. Dieser befindet sich bei 14-Jährigen unterhalb des ersten Perzentils. Physiologische Auffälligkeiten liegen keine vor. Folglich kann bei Jasmin Untergewicht angenommen werden.

Wie haben deine Eltern darauf reagiert?

Sie bestimmten zusammen mit dem Arzt, dass ich für einen längeren Zeitraum zur Behandlung in eine Klinik gehe. Damit die Ärzte frei und schnell reagieren und mich möglichst gut behandeln konnten, willigten meine Eltern in eine Fürsorgerische Freiheitsentziehung FFE ein. Ab diesem Zeitpunkt konnten sie nicht mehr mitbestimmen, was in der folgenden Behandlung geschah. Meine Eltern hätten nicht einmal mehr meine Therapie abbrechen und mich aus der Klinik holen dürfen, falls sie die Behandlung für unangebracht gehalten hätten. Die Entscheidungsberechtigung lag nun nicht mehr bei mir oder meinen Eltern, sondern bei den Ärzten (seit 1. Januar 2013 gelten neue Regelungen, vgl. Kasten).

Es haben andere über dich bestimmt. Wie ging es dir dabei?

Für mich war am wichtigsten, dass ich nicht zunahm. Ich wollte nicht essen, obwohl das alle anderen von mir verlangten. Es war eine Art Machtkampf. In eine Klinik wollte ich nicht. Zugleich war ich aber stolz darauf, da es mir zeigte, dass ich mich erfolgreich gegen den Willen der anderen wehren konnte. Ich war sozusagen ein so schlimmer Fall, dass sogar ein Klinikaufenthalt und eine FFE nötig wurden. Das tat mir gut.

Wie wurdest du in der Klinik betreut und behandelt?

Da ich mich bisher nicht an die Vorgaben meines Ernährungsplans gehalten hatte, wurde ich in ein Isolierzimmer verlegt. Zusätzlich sollte mir eine Magensonde gesteckt werden, was ich nicht wollte und deshalb nicht kooperierte. Da kamen der Psychologe und vier Krankenschwestern ins Zimmer. Letztere hielten mich an Armen und Beinen fest. Ich habe geschrien und wollte nur noch raus. Der Psychologe sass dabei mit verschränkten Armen und überkreuzten Beinen auf einem Stuhl. Kopfschüttelnd sagte er: «Jasmin, wehr` dich nicht. Es bringt nichts.» Ich entwickelte eine unglaubliche Kraft. Die vier Krankenschwestern hatten Mühe mich festzuhalten, obwohl ich ihnen körperlich stark unterlegen war. Um mich ruhig zu stellen, sedierten sie mich. An die folgenden zehn Stunden habe ich keine Erinnerungen. Als ich wieder zu mir kam, hatte ich eine Magensonde.

War dies das einzige Mal, dass Ärztinnen oder Ärzte dir gegen deinen Willen Beruhigungsmittel verabreicht haben?

Nein, im Isolierzimmer musste ich bestimmte Regeln befolgen. Eine davon war, dass ich mich nicht übermässig bewegen durfte. Haben sie mich bei Turnübungen erwischt, verabreichten sie mir über die Magensonde sedierende Medikamente. Daraufhin wurde ich jeweils müde und mir wurde schwindlig. Ich wollte mich unbedingt weiter bewegen, aber der Körper machte nicht mehr mit.

Sie haben dich beim Turnen erwischt. Warum hast du jeweils nicht eingelenkt und damit aufgehört?

Ich hatte grosse Angst vor dem Zunehmen und machte daher in vermeintlich unbeobachteten Momenten Turnübungen. Ich musste mich gegen das Zunehmen wehren. Wehren gegen das, was sie beabsichtigten, nämlich, dass ich esse und an Gewicht zulege. Auch hier ging es um einen Machtkampf.

Kannst du noch mehr über das Isolierzimmer erzählen?

Das Zimmer war sehr klein. Darin standen nur ein Bett und ein Nachttisch mit einer Lampe. Daneben gab es gerade soviel Platz, dass ich noch stehen konnte. Eine Wand bestand aus Glas. Von aussen war alles einsehbar. Die Türe und das Fenster wurden verschlossen. Wenn ich frische Luft im Zimmer wollte, musste jemand kommen, das Fenster öffnen und da bleiben. Damit ich möglichst keine Kalorien verbrauchte, musste ich den ganzen Tag im Bett liegen. Insgesamt war ich sechs Wochen in diesem Isolierzimmer. Als ich das erste Mal ein paar Meter gehen durfte, bereitete mir das grosse Mühe. Allein das Stehen war schwierig. Ich musste das Gleichgewicht erst wieder finden und konnte nach etwa zehn Minuten problemlos gehen.

Gab es weitere Verbote?
Ja, ich durfte keine sozialen Kontakte pflegen. Auch telefonieren war nicht gestattet. Während dieser Zeit hatte ich weder zu meiner Familie noch zu Freunden Kontakt. Die Benutzung des Internets war auch nicht erlaubt. Zudem nahmen sie mir spitze und scharfe Gegenstände weg, wenn ich eine Panikattacke erlitt. Das war zu meinem Schutz, damit ich mir nichts antun konnte.

Wie gestaltete sich die Körperpflege?
Jeden Morgen haben sie mir ein Becken mit Wasser und einem Waschlappen gebracht. Ich durfte dann jeweils für 15 Minuten den Rollladen runterlassen und mich waschen. Duschen war einmal pro Woche und nur in Begleitung erlaubt. Wenn ich auf die Toilette gehen musste, drückte ich auf einen Knopf und sie brachten mir einen Stuhl mit einer eingebauten Schüssel. Auch hier wurde mir erlaubt, den Rollladen als Sichtschutz runterzulassen. Zum Zähneputzen durfte ich in Begleitung ein Lavabo vor meinem Zimmer benutzen.

Wurden dir die Gründe für diese Regeln genannt?
Ich sollte das Zunehmen als positiv erleben, indem ich mehr Freiheiten zugesprochen bekam. Solche waren zum Beispiel soziale Kontakte, verkürzte Bettruhe, tägliches Duschen oder die Teilnahme an Gruppenaktivitäten. Sie bezeichneten es als «Motivationsquelle». Ich habe dies eher als Bestrafung empfunden. Manchmal habe ich mich schon wie in einem Gefängnis gefühlt.

Mit welcher Regel hattest du am meisten Probleme?
Mit dem Verbot von sozialem Austausch. Daher freute ich mich immer auf die Mahlzeiten. Da kam jeweils eine Krankenschwester und sass neben mir während die Nahrung durch die Magensonde lief. Wir brauchten uns nicht zu unterhalten. Es hat einfach gut getan, einen Menschen neben sich zu wissen. Das war lange mein einziger sozialer Kontakt.

Womit hast du dich den restlichen Tag über beschäftigt?
Ich habe viel Radio gehört, Puzzles gemacht, gezeichnet, Bücher gelesen oder Kreuzworträtsel gelöst. Manchmal durfte ich fernsehen.



Und nach sechs Wochen durftest du das Isolierzimmer verlassen ...
Ja, nachdem ich zugenommen und auch feste Nahrung zu mir genommen hatte, wurde ich wieder auf ein normales Zimmer verlegt. Allerdings begann ich wieder abzunehmen. Daher beschlossen die Ärzte, dass ich mich von nun an ausschliesslich von Flüssignahrung ernähren sollte. Diese Umstellung von fester Nahrung auf Trinknahrung fühlte sich für mich wie ein Rückschritt an. Deshalb sagte ich den Ärzten, dass ich das nicht wolle. Sie erklärten, sie würden nicht verhandeln. In diesem Moment entschloss ich, abzuhauen. Ich dachte mir, FFE hin oder her, das ist nur ein geschriebenes Gesetz. Ich bin immer noch ein Mensch und kann wohl für meine Rechte kämpfen. So nutzte ich die nächste Gelegenheit. Während die Ärzte auf Visite waren, gab es keine Überwachung. Über meinen Pyjama zog ich mir eine Winterjacke über, ging unbemerkt zum hinteren Lift und fuhr mit dem Zug nach Hause zu meiner Mutter.

Wie hat sich das Klinikpersonal verhalten?
Es ging nicht lange bis ich einen Anruf vom Arzt bekam. Er sagte, wenn ich nicht innerhalb einer Stunde wieder zurück sein würde, lasse er mich durch die Polizei abholen. Dazu wäre er aufgrund der FFE berechtigt gewesen. Da ich mich wegen der verordneten Trinknahrung gegen die Rückkehr sträubte, liess sich der Arzt dann doch auf Verhandlungen ein. So kam es zum Kompromiss, dass ich weiterhin essen durfte und zusätzlich zu jeder Mahlzeit einen Becher Flüssignahrung zu mir nehmen musste. Meine Mutter brachte mich daraufhin in die Klinik zurück.

Hast du auch schöne oder humorvolle Erfahrungen in der Klinik gemacht?
Ja, die gab es. Einen Grossteil meiner Jugendzeit, vom 14. bis zum 20. Lebensjahr, habe ich in einer Klinik verbracht. Ich konnte viele schöne Beziehungen knüpfen. Als lustig könnte ich die Erfahrung mit Valium bezeichnen. Aufgrund einer schlimmen Panikattacke im Isolierzimmer verabreichte man mir Valium. Auf einmal empfand ich alles als lustig, entspannt und locker. Ich konnte einfach nicht aufhören zu lachen.

Wie denkst du aus heutiger Sicht über deine Zwangsbehandlung?
Die Massnahmen waren zweckmässig. Sie haben mir das Leben gerettet. Aus diesem Grund finde ich es auch gerechtfertigt, dass sie gegen meinen Willen gehandelt haben. Um mein Leben zu erhalten, war gewaltsames Eingreifen und Sedieren angebracht. Es ist mir allerdings wichtig anzufügen, dass man bei einer Behandlung den Patienten zum richtigen Zeitpunkt miteinbezieht. Bei mir wurde dieser leider verpasst.

Wie ist es dazu gekommen?
Einmal klingelte versehentlich nachts um zwölf Uhr mein Wecker. Am nächsten Tag kamen sie und sagten, sie wüssten schon, dass ich den Wecker gestellt hätte, um heimlich Turnübungen zu machen. Obwohl ich mehrfach beteuert hatte, dass dies nicht stimme, glaubte mir niemand. Ich realisierte, dass mich niemand ernst nahm und ich nichts dagegen tun konnte. Ich fühlte mich so allein, betrogen und ausgeliefert. Keiner versuchte ein ehrliches Gespräch mit mir zu führen. Das hat mich enttäuscht. Sogar mein behandelnder Psychologe hörte sich meine Version nicht an. Ich war so wütend, dass ich eine Kleenexbox nach ihm warf. Ich verfehlte ihn allerdings knapp. Während es sonst in den Therapiegesprächen ausschliesslich ums Essen und meine Krankheit ging, hätte er an dieser Stelle Zugang zu mir und meiner gesunden Seite gehabt. Aber diese abweisende Reaktion hat mir einzig bestätigt, dass ich mich besser wieder verschliessen sollte.

Wie beurteilst du die Arbeit von Psychologinnen und Psychologen aus deiner Sicht als Patientin?
Manchmal hatte ich das Gefühl von den Therapeuten geschont, gar verhätschelt, oder von oben herab behandelt zu werden. Ich wurde als schwache Person wahrgenommen und nicht als Mensch mit Schwächen. Das fand ich nicht so toll. Oft hatte ich auch den Eindruck, dass ich nach einem bestimmten Schema behandelt wurde. Der Psychologe kannte zwar viele Fachbegriffe, aber für eine Begegnung auf menschlicher Ebene braucht es mehr, zum Beispiel Erfahrungen im eigenen Leben.

Wie geht es dir heute?
Nach meiner Entlassung fühlte sich die wieder gewonnene Freiheit wie eine Leere an. Ich musste mir einen neuen Lebensinhalt suchen. Ich lernte einen Haushalt zu führen, hatte vermehrt soziale Kontakte und suchte mir eine Lehrstelle. Meine Essstörung ist noch nicht ganz geheilt. Es gibt immer noch Phasen, in welchen ich mich gedanklich übermässig oft mit Essen beschäftige und teils auch wieder abnehme, aber nur wenig. Zudem bin ich weiterhin in Psychotherapie.

Jasmin, danke für dieses Gespräch. Alles Gute für deine Zukunft!

Anmerkung: Jasmin T. durchlebte mehrere Klinikaufenthalte mit wechselnden Therapeuten. Zwischendurch wohnte sie in spezialisierten Wohnheimen für junge Menschen mit psychischen Störungen. Zudem litt Jasmin an Zwangsgedanken und eine Zeit lang an einer mittelschweren Depression, während der sie sich auch selbst verletzte. ■

Die Fürsorgerische Unterbringung

Auf den 1. Januar 2013 ist die Fürsorgerische Freiheitsentziehung (FFE) durch die Fürsorgerische Unterbringung (FU) abgelöst worden. Unter FU ist der Aufenthalt gegen den Willen einer Person nach einer Einweisung in eine Einrichtung zu verstehen. Zweck ist die Personensorge und die damit verbundene Betreuung und/oder Behandlung. Zwangsbehandlungen urteilsunfähiger Personen sind jedoch nur zulässig bei einer ernsthaften Selbst- oder Drittgefährdung sofern keine mildere Massnahme möglich ist.
Für eine FU müssen bei der betroffenen Person ein Schwächezustand und Schutzbedürftigkeit vorliegen. Dies kann bei psychischen Störungen, geistiger Behinderung oder schwerer Verwahrlosung der Fall sein. Die Unterbringung muss die einzige Möglichkeit sein, um die Personensorge gewährleisten zu können. Da eine FU stark in das Grundrecht der persönlichen Freiheit eingreift, müssen sowohl die Massnahmen als auch die Einrichtung zur Zweckerreichung geeignet sein.
Als betroffene Person darf man eine Vertrauensperson zur Unterstützung bei allen Verfahren beiziehen.
Zudem dürfen die betroffene Person oder nahestehende Personen jederzeit um Entlassung ersuchen. In der Regel sollte das gestellte Gesuch innerhalb von fünf Arbeitstagen behandelt werden (Rosch, Büchler, & Jakob, 2011).

Zum Weiterlesen

Tan, J. O. A., Stewart, A., Fitzpatrick, R., & Hope, T. (2010). Attitudes of patients with anorexia nervosa to compulsory treatment and coercion. *International Journal of Law and Psychiatry, 33,* 13–19. doi: 10.1016/j.ijlp.2009.10.003
www.nzz.ch/aktuell/zuerich/stadt_region/zwangseinweisungen–sind–nichts–schlechtes–1.17976616

Auf der Schwelle

Über Konzepte von Sozialphobie, Schüchternheit und Introversion.

Mit einer Lebenszeitprävalenz von 13% (Furmark, 2002) ist Sozialphobie die dritthäufigste psychische Krankheit in den USA und somit sehr verbreitet. Was genau ist Sozialphobie? Ist es nicht normal, in sozialen Situationen etwas angespannt zu sein?

Von Laura Bechtiger

In den Medien wird um Sozialphobie oft ein grosser Rummel gemacht, von Volkskrankheit ist die Rede und Psychology Today ernannte sie in den 90er-Jahren zur «disorder of the decade». Im Alltag wird sie allerdings gerne übersehen und häufig gar nicht diagnostiziert. Mit einer Lebenszeitprävalenz von 13% (Furmark, 2002) und einer 12-Monats-Prävalenz von 2.3% in der EU und in der Schweiz (Wittchen et al., 2010) tritt sie relativ häufig auf. Sozialphobie ist weder die Angst vor anderen Menschen noch die Angst, die eigenen vier Wände zu verlassen (obwohl das eine Konsequenz sein kann), sondern eine permanente und ausserordentlich starke Angst davor, in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit gestellt, beobachtet und beurteilt zu werden. Die Gedanken der Person kreisen dabei darum, wie sie sich verhält und wie sie von den anderen wahrgenommen wird. Es gilt, peinliches Verhalten zu vermeiden und sich nicht zu blamieren, da dies die Aufmerksamkeit der Leute auf sich ziehen würde. Die Angst ist meist situationsübergreifend, obwohl es auch spezifischere Arten der Sozialphobie (z. B. in der Öffentlichkeit zu essen, vor anderen zu sprechen) gibt. Sie geht einher mit Befangenheit, Introspektion, Selbstevaluation während der sozialen Situation und Minderwertigkeitsgefühlen. Diese kognitiven Prozesse werden von physischen Symptomen wie Herzrasen, Anspannung, verstärktem Schwitzen bis hin zu Verdauungsstörungen oder Panikattacken begleitet. Patienten, die nur unter Sozialphobie alleine leiden, sind eher die Ausnahme – Komorbiditäten (z. B. generealisierte Angststörung, Depression, Substanzabhängigkeit) kommen häufig vor.

Geschichte der Sozialphobie

Sozialphobie wurde zum ersten Mal 1980 im DSM-III als «Social Phobia» (APA, 1980) erwähnt. Beschrieben wurde sie als die Angst, von anderen gemustert und überprüft zu werden und sich vor anderen zu blamieren. Der Betroffene ist sich dabei durchaus bewusst, dass die Intensität seiner Angst übertrieben ist, kann aber nichts dagegen tun. Mit DSM-III-R und DSM-IV wurde die Diagnose verändert und angepasst. Seit Mai dieses Jahres gibt es das DSM in der fünften Ausgabe (APA, 2013) und die Sozialphobie heisst nun offiziell «Social Anxiety Disorder» (SAD). Dieser Name ist eine treffendere Beschreibung der Pathologie, weil SAD nicht viel mit den «normalen» spezifischen Phobien (z. B. Höhenangst, Klaustrophobie oder Arachnophobie) gemeinsam hat, da sie meistens das gesamte Leben einer Person beeinflusst und deshalb viel grössere Konsequenzen nach sich zieht. Um mit SAD diagnostiziert zu werden, müssen bestimmte, im DSM-5 definierte, Diagnosekriterien erfüllt sein. Die wichtigsten Kriterien für SAD sind eine deutlich ausgeprägte und anhaltende Angst vor sozialen und/oder Leistungssituationen. Eine solche Situation muss zwangsläufig immer zu Besorgnis und Angst führen, um eine Diagnose zuzulassen. Diese Angst veranlasst den Betroffenen dazu, die jeweiligen Situationen zu meiden. SAD hat einen starken Einfluss auf die Routinetätigkeiten und das alltägliche Handeln der Betroffenen, was ein normales Leben verhindert. Neu in DSM-5 im Vergleich zu DSM-IV-TR ist, dass die Symptome auch bei Erwachsenen für mehr als sechs Monate auftreten müssen, um eine Diagnose zu erlauben (dies war vorher nur bei Kindern so) und dass der Betroffene die eigenen Ängste nicht mehr als übertrieben und überhöht wahrnehmen muss, sondern der Therapeut dies einzuschätzen hat (APA, 2013).

> *«Im Gegenteil, er sehnt sich danach, unter Menschen zu sein, dazuzugehören, einzutreten – er verharrt nur eben etwas länger auf der Schwelle.»*
> – Florian Werner, 2012, S. 161

Schüchternheit und SAD

In welcher Beziehung Schüchternheit und SAD zueinander stehen ist nicht gänzlich geklärt. Meist wird angenommen, dass Schüchternheit und SAD auf einem Kontinuum liegen, Schüchternheit könnte aber auch nur ein Faktor von vielen sein, der dazu beiträgt, dass eine Person an SAD erkrankt. Interessanterweise gaben in einer Studie von Cox und Mitarbeitenden (2005) die Hälfte der Teilnehmer, die alle an einer komplexen SAD litten, an,

DSM-III: Diagnostische Revolution

Das DSM-III standardisierte 1980 zum ersten Mal die psychischen Krankheiten anhand symptom-basierter Diagnosen. Während in DSM-I und -II stark auf die psychodynamischen Prozesse eingegangen wurde und man sich in der therapeutischen Praxis darauf konzentrierte, nicht die Symptome zu behandeln, sondern die Ursache für die Störung an der Wurzel zu packen und zu kurieren, kam in den 70er-Jahren der Wunsch nach einem stärker standardisierten und deskriptivem Diagnosesystem und einer Annäherung ans ICD auf. Grund dafür waren die starke Kritik an der Psychoanalyse, die Skepsis der Krankenkassen gegenüber Psychotherapie, die Pharmaunternehmen und die quantitative Forschung. Die Neuauflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders orientierte sich stark am Vorbild medizinischer Diagnosemodelle und förderte eine schulenneutrale und biologische Sichtweise auf psychische Gesundheit (Mayes & Horwitz, 2005). Zwischen DSM-I (1956) und DSM-III hat sich die Anzahl beschriebener Diagnosen mehr als verdoppelt (von 106 auf 265). Die APA nannte DSM-III einen grossen Triumph von «science over ideology» (Sabshin, 1990).

dass sie in ihrer Kindheit nicht sehr schüchtern gewesen seien, während die meisten Leute, die sagen, dass sie als Kind extrem schüchtern gewesen seien, keine Voraussetzung für SAD erfüllen (Turner et al., 1990). Um den Zusammenhang zwischen Schüchternheit und SAD besser zu verstehen, ist zu bedenken, dass beide Konzepte einen ganz anderen Hintergrund haben: Während Schüchternheit als Begriff im alltäglichen Sprachgebrauch entstand, wurde der Begriff SAD von Fachleuten konstruiert, um eine psychologische Pathologie zu beschreiben. Er ist deshalb viel eingeschränkter als Schüchternheit. Schüchternheit kann je

> *«[...] shyness as an identity that is defined relative to other people and cultural values.»* – Susie Scott

nach Verwender und Situation eine andere Bedeutung haben, während SAD klar festgelegt ist (Crozier, 2001). Es gibt einige Unterschiede zwischen Schüchternheit und SAD. In einer Pionierstudie von Zimbardo und Henderson (1977) mit amerikanischen Collegestudenten in den 70er-Jahren gaben 40% der Befragten an, sie seien chronisch schüchtern und nur 5% behaupteten, sie hätten sich noch nie schüchtern gefühlt. Replikationen über die Jahre zeigen, dass die Anzahl Personen, die von sich selbst behaupten, sie seien schüchtern, ansteigt. Die Prävalenz für Schüchternheit ist also deutlich höher als die für SAD, auch wenn SAD mit einer Lebenszeitprävalenz von 13% die dritthäufigste psychische Krankheit in den USA ist, hinter Depressionen und Alkoholabhängigkeit (Furmark, 2002). Schüchternheit beginnt normalerweise in der Kindheit, während SAD meist erst im Jugendalter auftritt (Turner et al., 1990). Die kognitiven, somatischen und Verhaltensaspekte von Schüchternheit und SAD sind allerdings ziemlich ähnlich. Angst vor negativer Bewertung, psychosomatische Symptome und das Vermeiden sozialer Situationen sind beiden gemeinsam. Ausserdem haben sowohl Schüchterne als



Bildquelle: Ronny Peiser/ronnypeiser.de

auch Sozialphobiker Schwierigkeiten, Kontakte zu Knüpfen, Beziehungen einzugehen, sich durchzusetzen und öffentlich zu sprechen. Schüchterne scheinen davon aber weit weniger eingeschränkt zu sein (Turner et al., 1990). Schüchternheit per se muss nicht zwangsläufig ein Vermeidungsverhalten nach sich ziehen. Vielmehr steht eine exzessive Selbstbeobachtung im Zentrum des Konstrukts, die nicht zwangsläufig Angst vor der sozialen Situation als Folge hat (Zimbardo, 1982). Diese übermässige Beschäftigung mit sich selbst in einer sozialen Situation und der daraus resultierenden Überanalysierung des eigenen Verhaltens bei gleichzeitig weniger Konzentration auf die Situation führt zu Unbehagen und Hemmung und zeigt sich in ähnlichen Symptomen wie SAD.

> *«Wie die von ihr betroffenen Menschen hält sich die Schüchternheit gerne bedeckt. Auch die Schüchternheit ist schüchtern.»* – Florian Werner

Schüchternheit/SAD zeichnet sich im Gegensatz zu Introversion dadurch aus, dass Schüchterne durchaus Teil des sozialen Lebens sein und eine Rolle in einer Gruppe übernehmen wollen, sie aber durch ihre Angst, negativ aufzufallen, zurückgehalten werden und deshalb nicht wissen, was sie sagen sollen, oder das Gefühl haben, sie hätten nichts zu sagen. Introvertierte hingegen möchten gar nicht unbedingt Teil einer Gruppe sein und sind gerne alleine, haben aber, genau wie ruhige Personen, die zufrieden sind, sich in sozialen Situationen zurückzuhalten, kein Problem damit, etwas zu sagen oder sich durchzusetzen, wenn dies nötig ist (Scott, 2007). Ob es einen Zusammenhang zwischen SAD und Introversion gibt, lässt sich nicht sagen. Zwar haben Probanden, die an genereller SAD leiden, in einer Studie von Sternberger, Calhoun, Turner und Beidel (1995) tiefere Werte in Extraversion (sind also introvertierter) und höhere Neurotizismus-Werte als die Kontrollgruppe. Die Probanden, die an einer spezifischen SAD leiden, weichen bezüglich des Extraversions-Werts aber nicht von der Kontrollgruppe ab.

Schüchternheit als soziales Problem

In der Psychologie wird Schüchternheit meist als Teil der Persönlichkeit, also aus individueller Perspektive, betrachtet. Auch das Aufkommen von Selbsthilfebüchern und Webseiten darüber, wie man seine Schüchternheit in den Griff bekommt oder gar überwinden kann (Schüchternheit als fehlende Sozialkompetenz), vermitteln ein Konzept der Schüchternheit als individuelles Problem und zeichnen ein Bild einer Gesellschaft, die in schüchterne und nicht-schüchterne Menschen geteilt ist (Scott, 2004). Die Soziologin Susie Scott wählt einen anderen Ansatz: Schüchternheit ist kein individuelles, sondern ein soziales Problem. Dadurch, dass die Nicht-Schüchternen die kulturellen Werte der modernen westlichen Gesellschaft, Ehrgeiz, Durchsetzungsvermögen, Konkurrenzdenken, Offenheit, «Sozialität» und Individualismus, widerspiegeln, wird ein nicht erreichen dieser Ziele als individuelles Versagen angesehen und nicht die (unrealistische?) kulturelle Ideologie überdacht (Scott, 2004). Hätten wir nicht diese kulturellen Idealvorstellungen, würde Schüchternheit als davon abweichendes Verhalten nicht so stark auffallen. In einer Studie von Zimbardo (1977), in der 18 bis 21-Jährige in verschiedenen Ländern untersucht wurden, fand man, dass Schüchternheit stark von der Kultur abhängt, in der man aufwächst. Während in Israel nur 30% der Teilnehmenden angaben, schüchtern zu sein, waren es in Japan ganze 60%. Deutschland und die USA erreichten Werte dazwischen. Ausserdem hat die Kultur auch Einfluss darauf, wie sich Schüchternheit auf das Leben des Betroffenen auswirkt (Kerr, Lambert, & Bem, 1996). Im Gegensatz zu den psychologischen Sichtweisen geht Scott davon aus, dass Schüchternheit jeden betrifft, den einen mehr und den anderen weniger, dass Schüchternheit von Situation zu Situation variiert und je nach Situation anders toleriert wird (in gewissen Situationen ist Schüchternheit die Norm, in anderen wird sie als stark abweichend von «normalem» Verhalten wahrgenommen). Das Individuum konstruiert sich selbst eine schüchterne Identität, in dem es sich im Umgang mit anderen beobachtet. Wird eine Person von anderen immer wieder als schüchtern bezeichnet, beginnt sie sich in jeder Situation als schüchtern zu identifizieren (Scott, 2007).

Dass starke SAD ein grosses Hindernis für die Betroffenen ist und eine Therapie helfen kann, diese Ängste in den Griff zu bekommen, ist klar. Gefährlich wird es nur, wenn versucht wird, ein natürliches und menschliches Verhalten wie Schüchternheit zu pathologisieren und damit ein Grossteil der Gesellschaft für psychisch krank erklärt würde. Um dies zu verhindern, muss in Zukunft eine Grenze zwischen Schüchternheit und Sozialphobie gefunden werden, um denen, die Hilfe brauchen, die nötige Unterstützung zu geben und die anderen nicht weiter zu verunsichern. ■

Zum Weiterlesen

Werner, F. (2012). *Schüchtern. Bekenntnis zu einer unterschätzten Eigenschaft.* München: Nagel & Kimche.

Scott, S. (2007). *Shyness and Society. The Illusion of Competence.* New York: Palgrave Macmillan.

Crozier, W. R. (2001). *Understanding Shyness. Psychological Perspectives.* New York: Palgrave.

Hofmann, S. G., & Dibartolo, P. M. (2010). *Social Anxiety. Clinical, Developmental, and Social Perspectives.* London: Academic Press.

Wittchen, H.U., Jacobi, F., Rehm, J., et al. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. ECNP/EBC Report. *European Neuropsychopharmacology, 21,* 655–679.

Webseite der Social Anxiety Association: www.socialphobia.org

Die Seele und die Lehre von der Seele

Kontextualisierung und Diskussion von Daniel Hells Seelenbegriff

Entgegen ihrem Namen beschäftigt sich die Psychologie heute wenig mit dem Konzept einer Seele. Tatsächlich könne jedoch die Idee einer Seele, deren Hauptanliegen die Selbstwahrnehmung wäre, essenziell sein, um das subjektive Erleben einzuordnen. Dies erweise sich besonders im klinischen Setting als nützlich, meint Daniel Hell, langjährigen Leiter der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich.

Von Manuel Merkofer

Die aus dem Griechischen entlehnten Wörter Psychologie und Psychiatrie können mit «Lehre der Seele», beziehungsweise «Heilkunde der Seele» übersetzt werden. Für das religiöse Weltbild vieler Menschen ist die Vorstellung einer Seele zentral; in verschiedensten Bereichen der Literatur finden sich zahlreiche Beispiele für ein Interesse an der Auseinandersetzung mit dem Begriff der Seele, gleichzeitig taucht er in wissenschaftlichen Publikationen heute nur selten auf (Hell, 2009).

Spätestens seit dem 19. Jahrhundert ist eine ungelöste Debatte zu verfolgen, die bis heute andauert. Zeitgleich begegnet man ihr in literarischen Werken, wie in Dostojewskis Die Brüder Karamasow, wo die Romanfigur die Verneinung der geistigen Welt durch die Wissenschaft beklagt.

Kritik am Seelenbegriff wurde Mitte des 19. Jahrhunderts prominent von Vertretern positivistischer und materialistischer Strömungen vorgetragen. Im selben Jahrhundert wurde auch versucht, den Geist oder die Psyche in bestimmten Hirnregionen zu verorten und insbesondere dadurch psychische Beeinträchtigungen zu erklären. Diese Vorgehensweise wurde damals als «Gehirnmythologie» bezeichnet (Roth, 2001). Als eine der Pionierarbeiten kann hier beispielsweise die Entdeckung des Zusammenhangs zwischen einer Läsion im Broca-Areal und dem Auftreten von Aphasien bezeichnet werden. Der neurowissenschaftliche Fortschritt mittels bildgebender Verfahren hat bis heute zahlreiche Zusammenhänge zwischen der Aktivität von Hirnregionen und psychischem Erleben und vielen psychischen Beeinträchtigungen offengelegt. Diese Leistung ist aber keineswegs bei jeder Störung erbracht worden. So konnten beispielsweise bei Angst- und Affektstörungen keine eindeutig damit zusammenhängenden Gewebeveränderungen gefunden werden.

Was soll man also von der Annahme einer Seele halten? Einen auf den ersten Blick unzeitgemässen Beitrag zur Debatte machte Daniel Hell, indem er gestützt auf seine klinische Erfahrung das Konzept der Seele verteidigt und dessen positiven Einfluss betont. Gemäss dem langjährigen Leiter der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich haben die oben skizzierten Fortschritte im neurologischen Bereich auch dazu geführt, dass die Unterscheidung zwischen seelischem Erleben und den Vorgängen im Gehirn weniger berücksichtigt wird. Die Verneinung der Seele hat ferner zu einer Abwertung des Subjektiven geführt. Dies sei problematisch, weil das subjektive, seelische Erleben gemäss Hell eine wichtige Rolle einnimmt.

Die Seele erstrecke sich demnach auf erlebtes, unmittelbares Empfinden, Fühlen und Wollen. Wenn hingegen über das Erlebte gesprochen wird, so muss zwangsläufig eine allgemeine Drittperson-Perspektive (Aussensicht) eingenommen werden, welche gegenseitiges Verständnis überhaupt erst ermöglicht. Diese ist aber kulturell erworben und somit durch den Rahmen sprachlicher Vorstellungen begrenzt. Durch das Schildern wird unmittelbar Erlebtes zu bereits Geschehenem.

Das Erlebte kann aber nachvollziehbar gemacht werden, indem etwa zu sprachlichen Bildern, verschiedenen Perspektiven auf das Gleiche oder Analogien, mitunter auch zu paradoxen Aussagen gegriffen wird. Dies führe zu Situationen in denen man «weiss was die andere Person meint», aber ebendies nicht genauer spezifizieren kann.

Im klinischen Alltag sind jedoch gerade diese subjektiven, nach Hell ‚seelischen', Erlebensweisen zentral. So richten sich die klinisch-diagnostischen Kriterien vorwiegend auf das subjektive Erleben – Versuche diese subjektiven Erlebensweisen (Bsp. Verminderter Antrieb, Niedergeschlagenheit, Gefühle von Wertlosigkeit) in objektive Masse zu überführen, sind nicht genügend geglückt. Hell betont, dass die Annahme einer Seele, respektive der Fokus auf das subjektive Erleben, mit einer positiven Entwicklung in Verbindung gebracht werden kann und eher der Ausweg aus, als der Gang in eine Störung ist: So gilt es als erwiesen, dass nicht die unmittelbare Angst per se, sondern erst die Interpretation des Angstempfindens pathologische Folgen haben kann. Dies scheint der Fall zu sein, wenn das Angstgefühl respektive dessen Folgen als «gefährlich» oder «negativ» eingeschätzt werden. In der Folge wird das Angsterleben selbst gefürchtet. Dadurch kann ein Teufelskreis etwa zwischen dem Angsterleben an einer Prüfung und der Furcht vor eben dieser Situation in Gang gesetzt werden.

Im Fall von Psychosekranken wird die Quelle der Angst verneint oder als bereits gegeben erachtet. Wenn etwas im Wahn bereits eingetroffen ist, muss nicht mehr befürchtet werden, dass es eintrifft. Damit wird die potenzielle Angst eingeschränkt. Trotzdem erleben Psychosekranke Angst, und zwar genau dann, wenn «in den Lücken ihrer Entfremdung eigenes Erleben durchbricht» (nach Hell, 2009, S. 101). Jedoch verhindern die wahrgenommenen Angstsignale eine adäquate Reaktion auf die Bedrohungssituation. Die Umwelt und der eigene Körper werden als fremdbestimmt und leblos wahrgenommen.

Auch die schwere Depression zeichnet sich nicht durch ein Zuviel an Emotionen aus – eher im Gegenteil. Nur schwerlich gelingt das Empfinden von blassen Gefühlen. Es sollte folglich eher von einem Gefühlsverlust gesprochen werden. In diesem Sinne erhalten die noch vorhandenen Gefühle einen hohen Wert bei der Verbesserung des Zustandes. Eine ablehnende Haltung gegenüber belastenden Gefühlen während der Depression ist hingegen eher hinderlich.

Die obenstehend kurz erläuterten Konzeptionen psychischer Störungen zeigen die Wichtigkeit der Empfindungen und Gefühle, wie sie von einer Ich-Perspektive ausgehen. Darüber hinaus sieht Hell in der neueren Verbreitung bestimmter Tätigkeiten (zum Beispiel Körperübungen wie der Meditation oder sportliche Extremleistungen) und dem Trend, sich selbst zu verwirklichen oder authentisch zu sein, ein Bedürfnis nach leib-seelischen Erfahrungen widergespiegelt.

Auch selbstschädigende Verhaltensweisen stehen laut Hell in Zusammenhang mit dem «Seelenhunger»: Selbstverletzung und Nahrungsverweigerung und daraus folgendes Hungererleben oder Schmerzempfinden können als Zugang zum eigenen Körperempfinden verstanden werden.

> *«Denn das Fremdeste, was man erfahren kann, ist das Eigene einmal von aussen gesehen.»* – Max Frisch

Dieser «Seelenhunger» wird dabei als eine Reaktion auf das sich verändernde Menschenbild verstanden. Dies ist zweifellos durch den technischen Fortschritt, insbesondere moderne Bildgebungsverfahren zur Darstellung des Körperinneren (MRT, CT etc.), aber auch durch den Wandel der Gesellschaft bedingt. Eine objektivierende Sichtweise trägt zum Fortschritt der Wissenschaft bei, sie erweitert eine Drittperson-Perspektive, doch gleichzeitig wirkt sie sich auf unser Selbstverständnis aus, indem sie subjektive Erlebensweisen in den Hintergrund stellt. Forschende müssen sich dieses Widerspruchs bewusst sein.

Problematisch ist die Verwendung des Ausdrucks «Seele»: Einerseits wurde und wird er sehr unterschiedlich verstanden, andererseits ist er stark beladen mit Vorstellungen und Bedeutungen. Wegen der Dekonstruktion des Seelenbegriffs in philosophisch-theologischen Debatten besteht die Gefahr, seine Verwendung heute missverständlich ideologisch-religiös zu deuten und daher gänzlich abzulehnen.

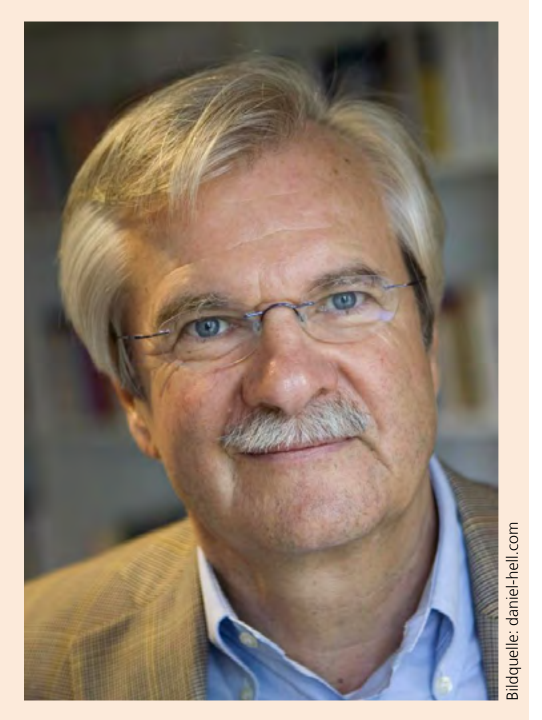
Das voreingenommene Verhältnis zum Seelischen in unserer Gesellschaft ist teilweise einer abendländischen Denktradition geschuldet, welche die Trennung zwischen Körper und Seele betont und deshalb eher dazu neigt, einen der Begriffe zu streichen, als sie zu überwinden oder zu integrieren. Das Vorhandensein anderer Vorstellungen, z. B. in der östlichen Philosophie, zeigt, dass diese Gegensätze ein spezifisches Problem der europäischen Geistesgeschichte darstellen.

Zusammenfassend meint Hell, dass beobachtbare organische Vorgänge und die Seele mehr seien als zwei Seiten derselben Medaille. Sie würden sich in ihrem Zugang und in ihrer Qualität unterscheiden. So sei das eigene Erleben kaum mit einer Visualisierung neurobiologischer Korrelate zu vergleichen. Klinische Beispiele verdeutlichen den hohen Stellenwert einer Ich-Perspektive und die Gefährlichkeit einer rein organisch deutenden Wahrnehmung. Das eigene Erleben entzieht sich der Drittperson-Perspektive, es kann nicht hinterfragt und aus diesem Grund auch nicht pathologisiert werden. Eine zweite Person kann biologische Zusammenhänge zur Depression erkennen (bspw. Noradrenalin- und Serotoninspiegel), aber sie kann damit das Erleben der Depression nicht nachempfinden. Die klinischen Beispiele von Hell (2009) verdeutlichen den hohen Stellenwert einer Ich-Perspektive in der Therapie und die Unzulänglichkeit einer rein organisch deutenden Wahrnehmung oder rein organischen Behandlung, welche, wie etwa schon im 19. Jahrhundert behauptet wurde, Geisteskrankheiten als Hirnkrankheiten versteht (vgl. Hell, 2009). Das seelische Erleben einer Person kann nicht hinterfragt und aus diesem Grund auch nicht pathologisiert werden (vgl. Hell). Diese Sicht kann auch aus neurobiologischer Perspektive vertreten werden: Wenn etwas als implizites, emotionales Erfahrungsgedächtnis gespeichert ist, so haben wir auch keinen direkten Zugriff darauf (vgl. Roth). Das Beibehalten eines Eigenwerts, oder, wie Hell vorschlägt: einer Seele, bleibt auch nach der Abkehr von einem autonomen zu einem teilweise abhängigen Ich aus klinischer und theoretischer Sicht nützlich. ■

Zur Person

Professor emeritus Daniel Hell ist Psychiater und Psychotherapeut und lehrte seit 1991 als Ordentlicher Professor für Klinische Psychiatrie an der Universität Zürich. Von 1991-2009 war er Ärztlicher bzw. Klinischer Direktor an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich. Seit 2009 ist er Leiter des Kompetenzzentrums «Depression und Angst» der Privatklinik Hohenegg in Meilen.

Neben seinen klinischen, akademischen und zahlreichen weiterer Tätigkeiten war er zudem von 1990-2009 Chefredaktor des Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie (SANP), bei dem er seit 2009 als Redaktionsmitglied (Senior Editor) weiterhin tätig ist. Seine Buchpublikationen beschäftigen sich mit verschiedenen Störungsbildern – insbesondere Depression – und, wie im Artikel besprochen, mit der Diskussion einer missverständlichen Gleichsetzung von Seele mit Gehirn im Zuge der Neurowissenschaften und den Möglichkeiten, die ein Seelenbegriff in Psychologie und Psychotherapie bieten kann.



Bildquelle: daniel-hell.com

Biografie, mehr Informationen und Leseproben unter: http://www.daniel-hell.com

Zum Weiterlesen

Hell, D. (2009). *Die Wiederkehr der Seele*. Freiburg im Breisgau: Herder.

Hell, D. (2009). *Seelenhunger*. Freiburg im Breisgau: Herder.



FAPS – War das nicht die Party oder das Forum? (Teil 2)

Vorstandsarbeit ist kein Zuckerschlecken, trotz der leckeren Apéros

In der letzten Ausgabe des aware-Magazins wurden vier von acht Ressorts des FAPS, dem Fachverein Psychologie, vorgestellt: Institutsangelegenheiten, Aussenbeziehungen, Skriptshop und Finanzen. In dieser Ausgabe geht es mit den Ressorts Events, Marketing, Information und Präsidium weiter.

Von Loredana Lucatuorto

Um den Studierenden einen Ausgleich zum Studium zu bieten, organisiert das Ressort *Events* viele Veranstaltungen. Insgesamt haben drei davon einen festen Platz im Kalender: die grosse Psychoparty und die zwei eher kleineren Veranstaltungen Glühweinparty und Grillfest, welche der FAPS zusammen mit dem Fachverein Informatik, kurz ICU, organisiert. Über die Psychoparty muss wohl nicht mehr viel erzählt werden, denn sie ist wahrscheinlich vielen von euch bereits ein Begriff. Falls nicht, bietet sich am 11. Oktober die nächste Gelegenheit, sie kennenzulernen: Zum fünften Mal in Folge findet sie unter einem psycho-mässigen Motto in der Härterei statt, einem renommierten Zürcher Club. Die Getränkepreise entsprechen dem üblichen

> *«Das Ressort Marketing ist unsere ‹Kreativ-Werkstatt› und es werden uns noch einige Überraschungen bevorstehen. Wer weiss, vielleicht bereits in diesem Semester!»*

«Züricher Ausgangs-Standard» und werden von der Härterei selbst bestimmt, dafür kann beim Eintritt gespart werden. Um das Studentenbudget zu schonen, sind die beiden anderen Veranstaltungen allerdings so konzipiert, dass sie so günstig wie möglich sind. Seit 2011 organisieren wir im November jeweils die Glühweinparty, an der wir den Glühwein zu einem Anstandspreis anbieten. Auf der winterlich geschmückten Mensaterrasse unseres Institutes in Oerlikon gibt es bei einem gemütlichen Beisammensein auch heisse Würste und andere Leckereien. Nachdem die erste Party unerwartet grossen Andrang fand, wurde auch für den Sommer ein ähnliches Fest ins Leben gerufen: das Grillfest. Neben diesen Veranstaltungen gibt es immer wieder spontane Anlässe und Aktionen, welche das Ressort *Events* organisiert. Es könnte also gut sein, dass sich der Nikolaus am sechsten Dezember in irgendeiner Vorlesung verirrt.

Der Fachverein erlangt durch das Ressort *Marketing* seine Bekanntheit. Die zwei Vertreterinnen dieses Ressorts sind verantwortlich für den Inhalt unserer beiden Vitrinen im Hauptgebäude und in Oerlikon. Wer sich gerade fragt, wo sich diese befinden: Im Gang zwischen den beiden Eingängen des Hörsaals KO2-F-180 im Hauptgebäude und direkt neben dem Haupteingang unseres Institutes in Oerlikon. Des Weiteren organisiert das Ressort das mittlerweile gut bekannte «AfterStudy», welches drei Mal zu Beginn des Semesters stattfindet. Dort stellen Psychologen aus unterschiedlichsten Sparten ihre Berufe und den Weg dorthin vor, damit man sich einen besseren Überblick über die beruflichen Möglichkeiten nach dem Studium machen kann. Im letzten Semester fand ausserdem das erste «AfterBachelor» statt, an dem in Zusammenarbeit mit Frau Dr. phil. Vas das Psychologie-Masterstudium der UZH vorgestellt wurde. Jede der vier Vertiefungsmöglichkeiten wurde von einem Masterstudierenden präsentiert. Anschliessend standen die vier Vertreter der verschiedenen Schwerpunkte an einen Apéro Rede und Antwort. Alles in allem ist das Ressort Marketing unsere «Kreativ-Werkstatt» und es werden uns noch einige Überraschungen bevorstehen. Wer weiss, vielleicht bereits in diesem Semester!

Damit wir alle Informationen und Neuigkeiten mit euch teilen können, muss es jemanden geben, der sich mit Onlinestrukturen auskennt und diese pflegt. Diese komplexe Arbeit übernimmt das Ressort *Information*. Zu seinen Vertretern sollte man besonders nett sein, denn sie kümmern sich auch um das Forum und die Mailingliste (Möchte man von keiner Ressource verbannt werden – ja, das kann man tatsächlich erreichen – sollte man sich an gewisse Spielregeln halten und beispielsweise das Werben für gebrauchte Sofas oder nichtgebrauchte Kinotickets unterlassen.). Zudem ist es dafür verantwortlich, dass die technische Kommunikation innerhalb des Vorstandes funktioniert. Neben der Pflege unserer Kommunikationsplattformen FAPS-Homepage und Facebook-Seite unterhalten sie zudem alle Emailadressen. So erhält jedes Mitglied genau diejenigen Emails, welches auch für sein Ressort gedacht ist.

Nicht nur die technische Kommunikation ist wichtig, auch die zwischenmenschliche muss stimmen. Was würden wir bloss ohne unsere liebe Präsidentin tun? Der Fachverein ist zwar in den einzelnen Ressorts bestens organisiert, doch braucht es eine Stelle, bei der alle Fäden zusammenlaufen, miteinander verknüpft und gebahnt werden. Zudem leitet sie auch unsere Vorstandssitzungen. Dafür und für alles andere, was keinem anderen Ressort untergeordnet werden kann ist das *Präsidium* – bestehend aus Präsidentin und Vizepräsidentin – zuständig. Es hat ausserdem die Aufgabe, sich um das Wohl des Vorstandes zu kümmern und organisiert daher beispielsweise einmal jährlich das FAPS-Weekend, einen gemeinsamen Ausflug, an dem sich der gesamte Vorstand erholen kann. ■

Würdest du auch gerne einmal mit ins Tessin verreisen? Hat eines der Ressorts dein Interesse geweckt? Dann werde Teil des FAPS-Vorstandes! Alle Informationen dazu findest du auf www.faps.ch oder www.fb.faps.ch. Wir freuen uns auf dich!

Möchtest du mehr über die einzelnen Ressorts wissen? Melde dich direkt per Mail:
events@faps.ch
marketing@faps.ch
information@faps.ch
praesidium@faps.ch









Bring mir den psyCHorizont!

An welchen Projekten arbeitet der studentische Dachverband der Psychologie Schweiz und welche Möglichkeiten bietet er den Studierenden? Das zehnjährige psyKo-Jubiläum – und was seither passiert ist.

Von Joëlle Barthassat

Wie war der zehnte psyKo?

Dieses Jahr im März war es zum zehnten Mal soweit: Der psyKo, der legendäre nationale Kongress von und für Psychologiestudierende, fand in Summiswald (BE) mit rund 150 Teilnehmern statt. Anlässlich dieses Jubliäums fing das Organisationsteam bereits ein Jahr vorher mit der Planung an und leistete vollen Einsatz, damit das zehnjährige Bestehen des psyKos gebührend gefeiert und geehrt werden konnte.

Workshops und Vorträge zu den unterschiedlichsten Themen, wie den Entstehungsphasen eines Burn-outs oder den biologisch determinierten Aspekten des menschlichen Verhaltens, bildeten das Tagesprogramm. In der Nacht auf Sonntag wurde der zehnte psyKo gefeiert: Nach den offiziellen Ansprachen vom psyKo-Team und den psyCH-Alumni sorgten Improvisationstheater, Live-Musik und ein DJ bis spät in die Nacht für ausgelassene Stimmung.

Zusätzlich zu Studierenden, Doktorierenden und Berufstätigen waren zur Feier auch die psyCH-Alumni eingeladen, die den psyKo gegründet und im Verlauf der letzten zehn Jahre organisiert und geprägt haben. Während zweieinhalb Tagen hatten diese unterschiedlichen Gruppen die Möglichkeit, sich auszutauschen, Neues kennenzulernen und gemeinsam den psyKo zu gestalten und zu geniessen.

Was ist seit dem zehnten psyKo bei psyCH passiert?

Mit dem psyKo 2013 konnte psyCH auf ein erfolgreiches Mandatsjahr zurückblicken. Neben dem zehnten psyKo wurden weitere Projekte, wie der Universitätsvergleich, verschiedene Werbestrategien und gute Beziehungen zu den Fachvereinen in den einzelnen Städten, erfolgreich fortgeführt. Gleichzeitig markierte dieser Kongress auch einen Wechsel des gesamten Präsidialteams. Einige beendeten ihr Studium, andere wollten sich neu orientieren. Das neue Team arbeitet eng mit dem alten Team und den professionellen Verbänden zusammen, um die Angebote für Psychologiestudierende weiterhin zu verbessern und auszuweiten.

Welche neuen Projekte gibt es bei psyCH?

Ein Semester an einer anderen Schweizer Universität erweitert den fachlichen Horizont. Gleichzeitig hat man die Gelegenheit, neue Leute und eine neue Stadt kennenzulernen. Um die Übersichtlichkeit über die Möglichkeiten an den verschiedenen Universitäten und Fachhochschulen zu erhöhen, hat psyCH Informationen gesammelt und auf der Webseite www.psynet.ch übersichtlich zusammengestellt. Eine weitere Neuerung auf der psyCH-Homepage ist die Informationsseite zum Thema «Schweizer Mobilität», welche hilfreiche Tipps rund um die Organisation von Auslandaufenthalten liefert. Dies soll den Studierenden die Auswahl der Universität erleichtern.

Welche Berufe man nach dem Studium ausüben kann, ist eine weitere wichtige Frage für die Studierenden. Die Möglichkeiten nach dem Psychologiestudium sind enorm. Jedoch sind einige Stellen, wie zum Beispiel Postgraudierten-Stellen, nach dem Studium nicht ganz einfach zu finden. Zusätzlich werden spezifische Qualifikationen und Weiterbildungen gefordert. psyCH hat sich mit dem neuen Projekt «Berufsperspektiven» zum Ziel gesetzt, möglichst viele dieser beruflichen Möglichkeiten zusammenzutragen. Dabei wird auf spezifische Fragen der Berufswahl eingegangen. Sobald dieses Projekt fertig gestellt ist, wird es auf www.psynet.ch zu finden sein.

Was offeriert psyCH den Psychologiestudierenden?

psyCH bietet den Psychologiestudierenden eine Plattform, auf der sie eigene Ideen verwirklichen und neue Freunde treffen können – auch international. Im durchmischten, motivierten Team aus der ganzen Schweiz kann man an bestehenden Projekten mitarbeiten, sowie neue in Angriff nehmen. Beispielsweise kann man im psyKo-Organisationsteam mitwirken, damit der nächste Kongress wieder ein voller Erfolg wird. Oder man kann sich im psyPra-Team für mehr Praktikumsplätze für Psychologiestudierende einsetzen und sich dabei einen Überblick über die Praktikumsmöglichkeiten verschaffen. In Zusammenarbeit mit den verschiedenen Universitäten ist man auf dem neusten Stand, was an den einzelnen Schweizer Universitäten läuft. Zusätzlich hat man auch die Möglichkeit, mit Berufsverbänden wie der Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen (FSP), zusammenzuarbeiten. Dabei kann man vertieft über Bereiche der Psychologie sowie aktuelle Themen aus der Berufswelt der Psychologen diskutieren. Persönliche Kontakte mit Studierenden anderer Universitäten und mit berufstätigen Psychologen können geknüpft werden, was für den Unialltag und das spätere Berufsleben von grossem Nutzen ist. Durch die Mitarbeit im psyCH-Team gibt es die Möglichkeit, sich mit wichtigen Fragen der Uni- und Berufswelt auseinanderzusetzen und dabei auf Antworten und neue Perspektiven zu stossen. Erfahrungen in der Organisation von Events, Kommunikation und Promotion zu sammeln gehört zu den weiteren Vorteilen einer Mitarbeit bei psyCH. Interessierte können sich jederzeit unter psych@psynet.ch melden. ■

psyCH: Der studentische Dachverband Psychologie Schweiz psyCH verbindet als nationale Plattform die Psychologiestudierenden der Schweiz und fördert deren Austausch. www.psynet.ch
psyKo: Der psyKo ist der jährlich stattfindende nationale Kongress von und für Psychologiestudierende der Schweiz. www.psyko.ch
psyPra: Die Plattform für verschiedene Praktikumsplätze in der ganzen Schweiz. www.psypra.ch
Universitätsvergleich: Informationen zu den verschiedenen Universitäten und Fachhochschulen auf: www.psynet.ch -> psynet -> Studium -> University Comparison



Bildquelle: Zhong Biao (facebook.com/artctrldel)

«Der stärkste Trieb in der menschlichen Natur ist der Wunsch, bedeutend zu sein.»
– John Dewey (1859-1952)
amerik. Philosoph, Pädagoge und Psychologe

Artikel und Interviews zum Thema «Berufsbild Psychologe und Psychologin» findet ihr online unter aware-magazin.ch





Ausdrucksstark
auf den ersten Blick.
Steinhaldenstrasse 22 – CH-8954 Geroldswil
Phone +41 44 747 85 00 – info@goetz-ag.ch – www.goetz-ag.ch